

[Header, all pages except front page]

Resumen del Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios del Condado de Los Angeles.

[Footer, all pages, beginning on page 3]

Octubre 2005

Página ...

PLAN DE SERVICIOS Y APOYOS COMUNITARIOS DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES

Un Resumen Detallado del Plan presentado por el Condado de Los Angeles ante el Departamento de Salud Mental de California de conformidad con la Ley de Servicios de Salud Mental.

Octubre 2005

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

EJECUTIVO.....i

INTRODUCCIÓN.....1

SECCIÓN 1: EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN COMUNITARIA.....2

SECCIÓN 2: TEMAS GLOBALES.....4

UN COMPROMISO CON LOS RESULTADOS.....4

UN COMPROMISO CON LA RECUPERACIÓN Y EL BIENESTAR5

UN COMPROMISO DE RESOLVER DISPARIDADES EN EL ACCESO A SERVICIOS.....6

UN COMPROMISO CON ESTRATEGIAS ADECUADAS A LA EDAD.....7

UN COMPROMISO DE ATACAR EL ABUSO DE SUSTANCIAS Y OTROS TRASTORNOS CONCURRENTES.....7

UN COMPROMISO CON LA COLABORACIÓN COMUNITARIA Y LOS SERVICIOS INTEGRADOS.....8

SECCIÓN 3: DIFERENCIAR DOS TIPOS DE FONDOS Y LAS DISTINTAS

INVERSIONES QUE APOYA CADA CUAL.....8

USO PERMITIDO PARA FONDOS CONTINUOS.....8

USO PERMITIDO PARA FONDOS ÚNICOS.....10

SECCIÓN 4: CANTIDADES PROYECTADAS PARA EL FONDO A TRES AÑOS.....10

SECCIÓN 5: RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DE FONDOS PARA EL PRIMER PLAN CSS A TRES AÑOS.....10
SOCIEDAD DE SERVICIOS COMPLETOS PARA CADA GRUPO DE EDAD.....11
INVERSIONES EN DESARROLLO DE SISTEMAS PARA CADA GRUPO DE EDAD.....21
INVERSIONES CRUZADAS PARA TODOS LOS GRUPOS DE EDAD.....33
RECOMENDACIONES PARA FONDOS ÚNICOS.....41

CONCLUSIÓN.....48

ANEXO 1: TABLA DE DELEGADOS PARA EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN CSS..49

ANEXO 2: PRESUPUESTOS PROYECTADOS PARA TRES AÑOS.....50

RESUMEN EJECUTIVO

En Noviembre de 2004, el electorado de California aprobó la Propuesta 63, la Ley de Servicios de Salud Mental. La Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) otorga dinero a los Condados para ayudar a individuos y familias que tengan necesidades de salud mental. Para acceder a esos fondos, los Condados han desarrollado cinco planes sustantivos distintos. El primero recibe el nombre de Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios (CSS, por sus siglas en inglés)

El presente documento resume el plan de Servicios y Apoyos Comunitarios del Condado de Los Ángeles.

El Departamento de Salud Mental del Estado exige que el plan de Servicios y Apoyos Comunitarios de un Condado esté dirigido a niños y sus familias, jóvenes en edad de transición, adultos y adultos mayores que tengan enfermedades mentales graves y persistentes o graves trastornos emocionales, incluidos individuos que corren el riesgo de desamparo, encarcelamiento, internamiento o encierro en otras instituciones debido a sus enfermedades mentales. El plan también debe brindar ayuda a comunidades étnicas y raciales que tienen dificultades para obtener la ayuda que requieren sus miembros o familias cuando surgen problemas graves de salud mental.

Desde Diciembre de 2004, miles de residentes del Condado de Los Ángeles han participado en un acelerado proceso de planificación para desarrollar nuestro primer Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios. Los participantes incluían individuos que reciben servicios, miembros de sus familias, líderes comunitarios, proveedores de servicios para la comunidad, personal del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles y muchos más. Personas de todas las edades han participado en este proceso de planificación, incluidos jóvenes de 13 años o más y personas de más de 70 años.

Individuos de muchas comunidades étnicas y raciales han participado, incluidos miembros de las comunidades afro-estadounidense, armenia, indígena americana, camboyana, china, hispana, coreana, latina, persa, rusa, tongaza, europea occidental y muchas otras comunidades raciales y étnicas.

Éstas son algunas cifras que ilustran el alcance del proceso de planificación:

- Entre Diciembre de 2004 y Marzo de 2005, más de dos mil personas ayudaron a realizar un estudio para evaluar las necesidades y fortalezas del sistema de salud mental del Condado de LA. Este proceso generó 930 páginas de análisis y recomendaciones preliminares.
- Entre Marzo y Septiembre de 2005, celebramos 355 reuniones con grupos de trabajo, delegados y miembros de la comunidad, en las cuales participaron más de once mil personas, incluyendo 268 sesiones de participación y capacitación comunitaria y 37 sesiones con grupos de trabajo y delegados de todo el Condado. Más de 120 de las sesiones de participación comunitaria se llevaron a cabo en uno o más de los 13 idiomas, además de inglés.
- Entre Junio y Septiembre de 2005 celebramos 17 reuniones con delegados, algunas de las cuales duraron de medio día a todo un día con una participación promedio de más de 200 personas.
- La audiencia pública celebrada el 20 de Septiembre de 2005 atrajo a más de 400 personas, incluidas 150 que reciben servicios y/o son familiares de personas con problemas de salud mental.

Hemos continuado este proceso de planificación expansivo debido a la importante oportunidad que presenta este plan para el Condado de Los Ángeles. Tras los tres primeros años de este esfuerzo, el Departamento de Salud Mental del Estado calcula que el Condado de Los Ángeles recibirá alrededor de 280 millones de dólares en fondos para el Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios, incluyendo:

- **\$89, 792,800 en el año fiscal (AF) 2005-06** (\$44,896,400 en fondos continuos y \$44,896,400 in fondos únicos proyectados)
- **\$90,690,728 en AF 2006-07;** y
- **\$96,078,296 in FY 2007-08.**

El Plan de Servicios y Apoyos comunitarios pretende proporcionar servicios a los individuos de nuestras comunidades que estén más gravemente afectados por problemas de salud mental, incluidos adultos y adultos mayores con enfermedad mental grave y persistente, y niños y jóvenes que sufren de trastornos emocionales graves. En el primer plan, hemos identificado numerosos grupos prioritarios para recibir estos servicios incluidos, pero no en exclusiva:

- **Niños (0 a 15; y sus familias) con trastornos emocionales graves quienes:**
 - Hayan corrido o corran riesgo de ser retirados de sus hogares por orden del Condado;
 - Vivan con familias afectadas por problemas de abuso de sustancias;
 - Experimenten problemas de conducta extremos en la escuela; o

- Estén en el sistema de correccionales.
- **Jóvenes en Edad de Transición (16 a 25)** que sufran graves problemas de salud mental **quienes:**
 - Presenten problemas de abuso de sustancias;
 - Estén o corran el riesgo de quedar desamparados;
 - Por su edad, hayan quedado fuera de los sistemas de salud mental infantil, bienestar social infantil o el sistema criminal juvenil;
 - Salgan del esquema de atención institucional a largo plazo; o
 - Experimenten su primer brote psicótico.
- **Adultos (26 a 59)** que sufran enfermedades mentales graves y persistentes **quienes:**
 - Sufran de abuso de sustancias u otros trastornos concurrentes, y/o hayan sufrido algún trauma;
 - Estén desamparados;
 - Estén encarcelados;
 - Sean usuarios frecuentes de hospitales y salas de emergencia;
 - Formen parte de un ciclo que les conduce por diferentes ambientes institucionales e involuntarios; o
 - Sean atendidos por sus familias fuera de cualquier ambiente institucional.
- **Adultos mayores (60 años o más)** que presenten enfermedades mentales graves y persistentes **quienes:**
 - Actualmente no reciban atención y cuyo funcionamiento se vea reducido
 - Estén o corran el riesgo de quedar desamparados
 - Estén o corran el riesgo de ser institucionalizados
 - Vivan en asilos o reciban servicios hospitalarios o de sala de emergencias.

Los lineamientos del Departamento de Salud Mental de California establecen una variedad de servicios que podrían recibir fondos del plan CSS. De conformidad con dichos lineamientos, el Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios del Condado de Los Ángeles propone otorgar fondos a los siguientes servicios:

- Sociedades de Servicio Completo en que las personas creen sus propios planes para recuperación con apoyo de profesionales y grupos paritarios, y reciban una amplia variedad de servicios y apoyo 24/7 para hacer realidad su plan;
- Apoyo, consultoría y servicios paritarios de asesoramiento;
- Servicios de vivienda y residenciales, incluida vivienda temporal, de apoyo y permanente;
- Asesoría, evaluación y otros servicios tradicionales de salud mental;
- Una amplia variedad de servicios alternativos para crisis que ayuden a las personas a evitar visitas a las salas de emergencia u otros ambientes institucionales e involuntarios; y
- Servicios provisionales y de apoyo que permitan a las personas encontrar los apoyos que necesitan en sus comunidades.

Desde Enero de 2006, fecha en que esperamos comenzar a recibir fondos CSS después que el Estado evalúe nuestro plan, y hasta Junio de 2008, esquema temporal para este primer plan CSS, calculamos que dichos servicios llegarán a:

- **9,550** niños y sus familias;
- **11,431** jóvenes en edad de transición y sus familias;
- **24,180** adultos; y
- **7,296** adultos mayores.

Asimismo, hemos proyectado que:

- **59,323** adultos, jóvenes en edad de transición y sus familias, adultos mayores y niños y sus familias recibirán servicios alternativos para crisis;
- **18,710** niños y sus familias, jóvenes en edad de transición y sus familias, adultos y adultos mayores recibirán ayuda con los apoyos y servicios comunitarios que necesitan; y
- **45,000** niños y sus familias, jóvenes en edad de transición y sus familias, adultos y adultos mayores estarán mejor informados sobre problemas de salud mental, la ley de servicios de salud mental y cómo participar.¹

Además de los servicios proporcionados con fondos CSS continuos, este plan también incluye asignaciones para utilizar \$44,896,400 dólares en fondos únicos proyectados, incluyendo asignaciones proyectadas para:

- Inversiones únicas para capitalizar un fondo fideicomisario de vivienda que servirá como fuente de fondos continuos para viviendas de apoyo destinadas a personas con graves necesidades de salud mental;
- Inversión en capacitación a corto plazo de una fuerza de trabajo y en una iniciativa de desarrollo para preparar al personal actual y futuro del sistema de salud mental del Condado, a fin de que proporcione servicios y apoyos con un compromiso con la recuperación y partiendo de la conciencia y competencia cultural;
- Inversión única en la infraestructura necesaria para apoyar la implementación del plan CSS;
- Inversión única en una agresiva campaña de extensión y participación para que más personas sepan cómo participar en el proceso de planificación de la Ley de Servicios de Salud Mental del Condado de Los Ángeles y nos ayuden a identificar las necesidades de poblaciones difíciles de alcanzar dentro del Condado; y
- Una inversión en un Fondo de Reserva Prudencial según la recomendación del Departamento de Salud Mental de California, con miras a que el Condado de Los Ángeles pueda resistir las fluctuaciones para proporcionar fondos a MHSA.

¹ Se señala que éstas no son cuentas duplicadas. Es decir, esperamos que algunas personas que reciban, por ejemplo, Servicios Alternativos para Crisis también reciban Servicios de Sociedad de Servicios completos y servicios a través de nuestras inversiones en Desarrollo de Sistemas.

Varios compromisos caracterizan los distintos aspectos del plan CSS del Condado de Los Ángeles, incluidos los compromisos de:

- Promover la recuperación de todos cuantos enfrentan problemas de salud mental:
- Alcanzar resultados positivos para todos cuantos reciben servicios de salud mental:
- Proporcionar servicios de formas culturalmente aceptables, respetando las diferencias de cada comunidad;
- Asegurar que los servicios sean proporcionados de manera que resuelvan las disparidades en el acceso al servicio, en particular las disparidades que afectan a las comunidades étnicas y culturales.

Estamos desarrollando sistemas que pongan de manifiesto y garanticen nuestra responsabilidad con estos compromisos al proceder con la implementación del Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios del Condado de Los Ángeles.

PLAN DE SERVICIOS Y APOYOS COMUNITARIOS DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES

Un Resumen Detallado

Introducción

En Noviembre de 2004, el electorado de California aprobó la Propuesta 63, la Ley de Servicios de Salud Mental. La Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) otorga dinero a los Condados para ayudar a individuos y familias que tengan necesidades de salud mental.

Para acceder a esos fondos, los Condados han desarrollado cinco planes sustantivos distintos. El primero recibe el nombre de Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios (CSS, por sus siglas en inglés)

El presente documento resume el primer Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios del Condado de Los Ángeles, presentado a la aprobación del Departamento de Salud Mental del Estado en Octubre de 2005.

El Departamento de Salud Mental del Estado exige que el plan de Servicios y Apoyos Comunitarios de un Condado esté dirigido a niños y sus familias, jóvenes en edad de transición, adultos y adultos mayores que tengan enfermedades mentales graves y persistentes o graves trastornos emocionales, incluidos individuos que corren el riesgo de desamparo, encarcelamiento, internamiento o encierro en otras instituciones debido a sus enfermedades mentales. El plan también debe brindar ayuda a comunidades étnicas y raciales que tienen dificultades para obtener la ayuda que requieren sus miembros o familias cuando surgen problemas graves de salud mental.

Este resumen incluye las siguientes secciones:

- Sección 1 resume brevemente el proceso de planificación que generó el Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios para el condado de Los Ángeles.
- Sección 2 describe los temas generales que el plan debe abarcar.
- Sección 3 detalla el tipo de fondos y programas que el plan debe incorporar según los lineamientos del Departamento de Salud Mental de California.
- Sección 4 resume las recomendaciones de cada grupo de edad, incluidos Niños de 0-15 años, Jóvenes en edad de transición de 16-25 años, Adultos de 26-59 años, Adultos Mayores de 60 años o más.
- Sección 5 resume los servicios cruzados que aplican a todos o varios grupos de edad, incluidos los servicios que permiten aliviar la actual crisis en las Salas de Emergencias Psiquiátricas, y servicios provisionales y de apoyo que permitan a las personas encontrar los apoyos y servicios que necesitan en sus comunidades.
- Sección 6 resume las recomendaciones para los fondos únicos proyectados.
- Sección 7 proporciona un resumen del presupuesto proyectado para tres años, incluidos los fondos continuos y los fondos únicos proyectados.

Sección 1: El proceso de planificación comunitaria

Desde Diciembre de 2004, miles de personas de todo el Condado de Los Ángeles han participado en un acelerado proceso de planificación para desarrollar el primer anteproyecto de un plan de Servicios y Apoyos Comunitarios.

Los participantes incluyen personas que reciben servicios, miembros de sus familias, líderes comunitarios, proveedores de servicios comunitarios, personal del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles, personal de otros Departamentos del Condado y muchas más. Personas de todas las edades han participado en el proceso de planificación, incluidos jóvenes de 13 años y mayores hasta adultos de más de 70 años. Han participado individuos de muchas comunidades étnicas y raciales, incluidos miembros de las comunidades afro-americana, armenia, nativa americana, camboyana, china, hispana, coreana, latina, persa, rusa, tongana, europea occidental y muchas otras comunidades étnicas y raciales.

El proceso de planificación del Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios (CSS, por sus siglas en inglés) del Condado de Los Ángeles sigue desarrollándose a través de varias estructuras distintas. Sesenta y tres delegados de más de cuarenta grupos partícipes han tomado todas las decisiones formales durante el proceso. Las personas que reciben servicios y las familias, incluidos los cuidadores, están bien representados como delegados y alternos.

Aunque los grupos partícipes eligieron formalmente a los delegados y alternos que participan en el proceso de toma de decisiones, la participación en todas las estructuras restantes es abierta: es decir, puede participar cualquiera que así lo desee. El trabajo de los delegados está respaldado por varias otras estructuras de trabajo, incluyendo cinco grupos de trabajo de todo el Condado, infinidad de grupos de trabajo especiales y por los Consejos Asesores para Áreas de Servicio, conformados por individuos que reciben servicios de salud mental y sus parientes, proveedores de servicios de salud mental y representantes del Departamento del Condado. Consumidores, miembros de sus familias y

proponentes participan activamente en la labor de los grupos de trabajo del Condado, los grupos de trabajo especiales y los Consejos Asesores para Áreas de Servicio.

Hemos ofrecido modestos estipendios y vales de transportación a los participantes, e invertido recursos sustanciales en servicios de traducción verbal y escritos para facilitar la participación de individuos y familias que reciben servicios.

El proceso de planificación ha pasado por tres etapas hasta el momento:

Etapas 1: Organizamos un proceso comunitario expansivo que inició en Diciembre de 2004 y concluyó en Marzo de 2005. Dicho proceso produjo 930 páginas de evaluación y análisis del sistema actual y una amplia variedad de recomendaciones preliminares para posibles mejoras. Se formaron y participaron más de 30 grupos especiales de todo el Condado; además, cada uno de los ocho Consejos Asesores para Áreas de Servicio organizó tres o más subgrupos que también participaron en el proceso. Además del trabajo de evaluación, esta etapa también permitió que los grupos participen y demás interesados recibieran numerosas sesiones de capacitación en los principios básicos de la Ley de Servicios de Salud Mental y en la forma como se desarrollaría el proceso en el Condado de Los Ángeles.

Etapas 2: Se formaron los cinco grupos de trabajo de todo el Condado para iniciar trabajos dirigidos específicamente al Plan CSS. Los cinco grupos de trabajo incluyeron:

- Niños de 0-15 años;
- Jóvenes en edad de transición de 16-25 años;
- Adultos de 26-59 años;
- Adultos Mayores de 60 años o más; y
- Poblaciones Étnicas Mal Representadas e Inadecuadamente Atendidas.

Entre fines de Abril y mediados de Junio de 2005, estos grupos sostuvieron reuniones intensivas en sesiones de grupo completo y grupos de trabajo especiales para redactar una serie de recomendaciones que serán consideradas y revisadas por los delegados. La lista de participantes en cada grupo de trabajo constaba de más de 100 individuos e incluía una representación sustancial de personas que reciben servicios, miembros de sus familias, proponentes, proveedores comunitarios, miembros de los Consejos Asesores para Áreas de Servicio, diversos Departamentos y otros grupos.

Esta etapa del trabajo continuó la capacitación sobre la manera de participar en el proceso de planificación y fue impartida en diversos idiomas a los grupos de todo el Condado. También hubo capacitación sobre el modelo de recuperación, los diversos grados de Sociedades de Servicio Completo y aspectos del desarrollo de sistemas.

Etapas 3: A mediados de Junio, sesenta y tres delegados de más de cuarenta grupos participen comenzaron a reunirse en sesiones de medio día y día completo para revisar las recomendaciones de cinco grupos de trabajo de todo el Condado. En promedio, asistieron más de 200 personas a cada una de las 17 reuniones de delegados celebradas entre Junio 13 y Septiembre de 2005. Durante este periodo, también se organizaron docenas de sesiones especiales para grupos de trabajo que abordaron temas surgidos de las deliberaciones de los delegados.

Las reuniones de delegados tuvieron dos enfoques fundamentales: primero, educar a los delegados y otros participantes en las distintas recomendaciones hechas por los grupos de trabajo del Condado y en el enfoque evolutivo de los lineamientos estatales; y segundo, involucrar a los delegados en un proceso de consenso conducente al desarrollo del primer anteproyecto del plan CSS.

Publicamos el anteproyecto de nuestro Plan CSS en Agosto 9 reflejando el consenso de los delegados y grupos partícipes en cuanto al presupuesto global, los programas prioritarios y las estrategias para los tres primeros años del Plan CSS. Entre mediados de julio, después que los delegados llegaron a un acuerdo sobre la estructura del plan, y Septiembre 9, último día del periodo de treinta días para comentarios, realizamos más de 200 sesiones de participación comunitaria en que participaron más de 5000 personas. Dichas reuniones fueron organizadas y patrocinadas por miembros de la comunidad, personas que reciben servicios, familias, personal DHM (siglas en inglés del Departamento de Salud Mental), proveedores comunitarios y muchos otros. Dichas sesiones

- Se llevaron a cabo en las 8 áreas de servicio.
- Incluyeron a personas de los cuatro grupos de edades.
- Incluyeron a numerosas poblaciones especiales como individuos que actualmente están desamparados, adultos mayores confinados en casa, sordos o con déficit auditivo, grupos de padres, grupos religiosos, funcionarios de libertad condicional, pacientes de clínicas para VIH, trabajadores sociales, homosexuales, lesbianas o transexuales, individuos en cárceles y otros ambientes institucionales, y muchos más.
- Consistieron de 127 reuniones celebradas en 13 idiomas distintos al inglés, incluidas 58 sesiones exclusivamente en español, 18 sesiones en español e inglés, 9 en coreano, 8 en armenio, 6 en japonés, 5 en tailandés, 4 en ruso, 4 en tagalo, 3 en lengua mixta, 2 en camboyano, 2 en cantonés, 2 en farsi, 1 en mandarín, 1 en lenguaje de señas americano, 1 en hindi, 1 en urdu y 1 en vietnamita.

En total, desde Marzo de 2005, hemos realizado casi 90 sesiones de trabajo sobre diversos aspectos del plan, incluyendo reuniones de delegados, grupos de trabajo del Condado y sesiones con grupos de trabajo especiales. El total de individuos que han participado en las sesiones documentadas desde Marzo de 2005, incluidas las sesiones de trabajo, sesiones de participación y capacitación comunitaria antes citadas, y otras sesiones especiales de capacitación y participación, es de 11,000 participantes.

Sección 2: Temas globales

El Estado ha decretado y los delegados del proceso de planificación del Condado de Los Ángeles han adoptado diversos compromisos y temas globales para dirigir todos los esfuerzos bajo el plan de Servicios y Apoyos Comunitarios (CSS).

Un compromiso con los resultados

Primero, este plan debe demostrar, con el tiempo, mejoras concretas y mensurables en la calidad de vida de las personas y familias que reciben servicios a través del plan CSS.

Según el lenguaje que utiliza MHSA, esto se conoce como establecer un compromiso con los resultados. De manera específica, el Estado ha definido siete resultados que cada Condado deberá impactar positivamente para las personas y familias que reciban los servicios del plan de Servicios y Apoyos Comunitarios (CSS).

Dichos resultados incluyen:

- Uso significativo del tiempo y las capacidades, incluidos aspectos como empleo, capacitación vocacional, educación y actividades sociales y comunitarias;
- Hospedaje seguro y adecuado, incluidos ambientes familiares seguros para niños y adolescentes; reducción del desamparo;
- Una red de relaciones de apoyo;
- Acceso oportuno a la ayuda necesaria, incluidas las épocas de crisis;
- Reducción del encarcelamiento en prisiones y correccionales; y
- Reducción de los servicios involuntarios, reducción de internamientos institucionales y reducción de colocaciones fuera del hogar.

Además de esos seis resultados, los delegados del proceso de planificación del Condado de Los Ángeles han adoptado un resultado adicional:

- Mantener o mejorar la salud física, ya que tiene relación con la consecución de los resultados anteriores.

Estos resultados sirvieron como punto de partida para que los delegados comenzaran a desarrollar planes para los cuatro grupos de edad: niños, jóvenes en edad de transición, adultos y adultos mayores. En algunos casos, los delegados desarrollaron declaraciones más específicas de los resultados para cada grupo de edad (consulte el análisis de Sociedades de Servicio Completo, a continuación). Por ejemplo, los indicadores del resultado *uso significativo del tiempo y las capacidades* varían significativamente según el grupo de edad.

Un compromiso con la recuperación y el bienestar

Un segundo enfoque importante de este esfuerzo en el Condado de Los Ángeles, y además exigido por los lineamientos estatales, es el compromiso con la recuperación y el bienestar. Como punto de partida para este compromiso, hemos identificado cinco pilares para el compromiso con la recuperación. En todo lo que hagamos, deberemos reflejar nuestro compromiso:

- Con la convicción de que *la recuperación es posible*;
- Con el individuo, la familia y la comunidad, en cuanto a que compartimos la responsabilidad de apoyo mutuo;
- De proporcionar educación sobre las enfermedades mentales y la forma como afectan a individuos y familias;
- De enseñar y promover la defensa propia; y
- De proporcionar apoyo significativo y adecuado a individuos y familias durante todas las etapas del proceso de recuperación.

El lenguaje del Estado en cuando a la recuperación y el bienestar incluye también el concepto de resiliencia:

Recuperación se refiere al proceso por el cual las personas diagnosticadas con una enfermedad mental pueden vivir, trabajar, aprender y participar plenamente en sus comunidades. En algunos casos, la recuperación significa retomar ciertos aspectos de la vida y la capacidad para llevar una vida satisfactoria y productiva a pesar de una discapacidad. En otros, la recuperación consiste en reducir o eliminar los síntomas. Enfocar la planificación de servicios en la recuperación fomenta y fortalece la esperanza.

Resiliencia se refiere a la capacidad personal de optimismo y esperanza, y a la característica personal de una buena capacidad para resolver problemas, lo que permite que cada individuo viva, trabaje y aprenda con un sentimiento de dominio y competencia. Las investigaciones revelan que la resiliencia se fomenta mediante experiencias infantiles positivas en el hogar, la escuela y la comunidad. Cuando los niños enfrentan experiencias negativas en el hogar, la escuela y la comunidad los tratamientos de salud mental, que enseñan buenas destrezas para resolver problemas dan optimismo y esperanza, permiten construir y enriquecer la resiliencia en los niños... (Servicios y Apoyos Comunitarios de la Ley de Servicios de Salud Mental: Programa de Tres años y Requisitos de Gastos para el Plan, Agosto 1, 2005, pp. 5-6. En adelante, se hará referencia a este documento como Lineamientos CSS Estatales).

Los delegados del proceso de planificación del Condado de Los Ángeles entienden que el apoyo social informal y de grupo paritario es fundamental para mantener la recuperación y el bienestar a largo plazo, así como los son los servicios y apoyos que proporcionan los proveedores de servicios profesionales, y que nuestros esfuerzos deberán reflejar un absoluto compromiso con ambos.

El Estado ha reforzado este compromiso en sus lineamientos del primero de Agosto, estableciendo la expectativa de que, más allá de los resultados específicos mensurables para individuos y familias, espera que se desarrollen diversas mejoras en el sistema como consecuencia de los esfuerzos del Condado a través de CSS y otros planes de la Ley de Servicios de Salud Mental, incluyendo:

- Un Mayor nivel de participación e intervención por parte de clientes y familias en todos los aspectos del sistema de salud mental:
- Incrementos en los servicios que operan clientes y familias;... [y]
- Aumento en la variedad de opciones de servicio comunitario para individuos a quienes se ha diagnosticado una enfermedad mental grave, así como para niños y jóvenes (y sus familias) diagnosticados con trastornos emocionales graves, las cuales contribuyan a evitar un internamiento institucional innecesario y colocaciones fuera del hogar (Lineamientos CSS Estatales, p. 3).

Un compromiso de resolver disparidades en el acceso a servicios

Un tercer compromiso adoptado en el proceso de planificación del Condado de Los Ángeles y requerido específicamente por el Estado, exige esfuerzos que utilizarán fondos del plan CSS para resolver disparidades en el acceso a servicios por consideraciones geográficas o de grupos étnicos y raciales. Los lineamientos del Estado declaran que los esfuerzos del Condado deben incluir:

...Extensión y expansión de servicios a poblaciones de clientes, con objeto de eliminar disparidades étnicas en accesibilidad, disponibilidad e idoneidad en los servicios de salud mental, y reflejar de manera más adecuada los cálculos de ponderancia en salud mental... (Lineamientos CSS Estatales, p. 3).

Una manera como el proceso de planificación del Condado de Los Ángeles trató de asegurar este compromiso y que podría dar dimensión sustancial a cualquier plan CSS presentado por el Estado, consistió en crear un grupo de trabajo específico para todo el Condado dedicado a estudiar las necesidades de las Poblaciones Étnicas Mal Representadas (e Inadecuadamente Atendidas). Dicho grupo desarrolló un conjunto de recomendaciones para el plan CSS inmediato y los esfuerzos de transformación a largo plazo en el Condado de Los Ángeles, incluidas recomendaciones sobre la manera de asignar fondos dentro del primer plan CSS. Dichas recomendaciones se detallan en el análisis de Sociedades de Servicio Completo, a continuación.

El Estado ha decretado y los delegados del proceso de planificación del Condado de Los Ángeles han acordado que el compromiso para resolver las disparidades de acceso a los servicios debe incluir el compromiso de construir un sistema culturalmente competente que respete y apalanque las fortalezas y capacidades de las distintas comunidades. Nuevamente, según los lineamientos de Agosto 1:

...La competencia cultural incluye la competencia de idioma y considera los programas y servicios culturales e idiomáticamente competentes como métodos que eliminan las disparidades raciales y étnicas en salud mental. Hay un claro enfoque en mejorar la calidad y eficacia de los servicios. Los proveedores de servicios entienden y aprovechan las fortalezas culturales en la administración de servicios. Los programas y servicios culturalmente competentes enriquecen la capacidad de todo el sistema para incorporar los idiomas y las culturas de sus clientes dentro de servicios que producen los resultados más eficaces y crean programas rentables (Lineamientos CSS Estatales, p. 6).

Aunque el Estado aún no ha emitido lineamientos para el Plan de Capacitación y Desarrollo de Fuerzas de Trabajo requerido por la Ley de Servicios de Salud Mental, los delegados han recomendado utilizar los fondos únicos para apoyar una iniciativa de capacitación y desarrollo de fuerzas de trabajo a corto plazo, a fin de preparar al personal actual y futuro para proporcionar servicios y apoyos con un compromiso con la recuperación y partiendo de la conciencia y competencia cultural.

Un compromiso con estrategias adecuadas a la edad

Los delegados del Condado de Los Ángeles han adoptado un compromiso con las estrategias adecuadas a la edad, partiendo con los grupos de edad definidos por el Estado como Niños de 0-15 años, Jóvenes en edad de transición de 16-25 años, Adultos de 26-59 años, Adultos Mayores de 60 años o más. Los delegados también reconocen que a menudo hay profundas diferencias dentro de estos grupos, algo arbitrarios –por ejemplo, las necesidades de los adultos mayores que acaban de cumplir 60 años, pueden ser profundamente distintas de otros adultos mayores de más de 80 años; las necesidades de los jóvenes en edad de transición con 16 años de edad, suelen ser distintos de los jóvenes que tienen más de veinte años. Los delegados trataron de desarrollar estrategias que dieran cabida a las distintas necesidades inherentes a cada grupo de edad y han establecido el compromiso de refinar este plan para desarrollar, con el tiempo, enfoques más específicos para abordar consideraciones para subgrupos de edad.

Un compromiso de atacar el abuso de sustancias y otros trastornos concurrentes

Los delegados han reconocido que un arrollador porcentaje de las personas que sufren una enfermedad mental grave y persistente o graves trastornos emocionales, también padece de complicaciones derivadas de trastornos concurrentes incluido, en particular, el problema del abuso de sustancias. Cada uno de los planes relacionados con los cuatro grupos de edad ha expresado y adoptado un compromiso con el desarrollo de un sistema que aborde de manera integrada y eficaz los trastornos concurrentes que a menudo exacerban, de manera significativa, los efectos de una enfermedad mental.

Un compromiso con la colaboración comunitaria y los servicios integrados

Además de estos compromisos específicos, el Estado también espera y los delegados del Condado de Los Ángeles han adoptado, compromisos con la colaboración comunitaria y los servicios integrados. Las múltiples estrategias recomendadas para generar fondos para este plan requieren de una colaboración significativa entre el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles y muchos otros socios, incluidos grupos de autoayuda y defensa paritaria, grupos familiares, organizaciones comunitarias y religiosas, proveedores comunitarios, otros Departamentos del Condado, agencias judiciales e infinidad de organizaciones.

Sección 3: Diferenciar dos tipos de fondos y las distintas inversiones que apoya cada cual

El primer plan CSS abarcará tres años fiscales: Julio 2005 a Junio 2006, Julio 2006 a Junio 2007 y Julio 2007 a Junio 2008.

Dada la complejidad del proceso de planificación necesario para concluir el primer anteproyecto del plan CSS, Los Ángeles y otros Condados no recibirán fondos del Estado sino hasta Enero 2006, a mitad del primer año fiscal. Debido a que el Estado administra los planes CSS con base en un año fiscal, esto significa que los Condados no tendrán planes por lo menos durante el primer semestre del año fiscal (o más tiempo, si se demoran en presentar sus planes al Estado).

A fin de resolver esta anomalía temporal durante el primer año, el Estado permitirá que los Condados traten la porción no utilizada de las asignaciones para el primer año como fondos únicos. La asignación del primer año para el Condado de Los Ángeles es de

aproximadamente \$90 millones de dólares. En el supuesto de presentar nuestro programa al Estado a principios de Octubre 2005 y que el Estado apruebe el plan oportunamente para que los fondos queden disponibles en Enero 2006, el Condado de Los Ángeles podría tener acceso a la mitad de su asignación para el primer año, es decir, 45 millones de dólares, como fondo único.

Así pues: la primera distinción de fondos es que hay *fondos continuos* y *fondos únicos*. El Estado establece, adicionalmente, usos permitidos para ambos tipos de fondos.

Uso permitido para fondos continuos

En el caso de los fondos *continuos*, hay tres tipos de inversión permitidos: sociedades de servicio completo, iniciativas generales para desarrollo de sistema y fondos para extensión y participación.

Las *Sociedades de servicio completo* tienen varias características definitorias, entre ellas proporcionar servicios a poblaciones focales establecidas (aspecto que se analiza con mayor detalle a continuación, en cada grupo de edad) mediante un compromiso de *lo que haga falta* para apoyar a individuos que reciben servicios y logran adelantos en su camino hacia la recuperación y el bienestar. En otras palabras:

- **Individuos discretos que reúnan ciertos criterios de población** (llamados criterios focales de población) pueden inscribirse en un programa de Sociedad de Servicio Completo.
- Cada individuo inscrito (y su familia, según el caso) participa en el desarrollo de un **plan enfocado en la recuperación y el bienestar**.
- El plan puede incluir **servicios tradicionales de salud mental, así como una amplia variedad de servicios adicionales** -por ejemplo, servicios de vivienda, empleo, apoyo paritario, tratamiento para abuso de sustancias, servicios recreativos y otros servicios terapéuticos- que sean consistentes con el compromiso de apoyar y hacer **“lo que haga falta”** para que el individuo alcance la recuperación y el bienestar. Los programas pueden proporcionar directamente toda la gama de servicios que requieren los clientes o bien, vincularse con otras organizaciones y proveedores para asegurar que los servicios acordados en el plan estén disponibles al cliente y la familia, según el caso.
- Cada individuo inscrito tiene un **punto único de responsabilidad para la provisión de servicios y apoyos**. En la mayoría de los programas, esto se llevará a cabo a través de un **equipo**, cuyos miembros tendrán una relación de confianza suficiente con el individuo que reciba los servicios, permitiendo así que el usuario se sienta cómodo acudiendo a los miembros del equipo cuando necesite ayuda.
- Los miembros del equipo deben tener suficientes casos para garantizar una **disponibilidad 24/7**.

Los programas deberán generar informes **trimestrales de resultados** obtenidos en los individuos inscritos (Lineamientos CSS Estatales, p. 8).

Los Condados también pueden utilizar fondos continuos para apoyar *esfuerzos de extensión y participación* dirigidos a poblaciones que actualmente reciben poco o ningún servicio. Los lineamientos de Agosto 1 restringen específicamente el uso de dichos fondos a las actividades diseñadas para servir a las poblaciones mal atendidas. Los individuos que hayan tenido un contacto extremadamente breve y/o provocado por una crisis con los servicios de salud mental, se consideran mal atendidos para los propósitos de estos fondos (Lineamientos CSS Estatales, p. 8).

De los tres usos permitidos para fondos continuos –sociedades de servicio completo, inversiones generales en desarrollo del sistema y extensión y participación–, los lineamientos estatales especifican que la mayoría de las inversiones CSS de un Condado deberán dedicarse a sociedades de servicio completo.

Uso permitido para fondos únicos

Según los lineamientos emitidos por el Estado para fondos únicos, los Condados pueden desarrollar planes para estos fondos, incluyendo:

- ❖ Extensiones de Fondos para el Programa de Planificación Comunitaria;
- ❖ Fondos para Mejoras de Sistema;
- ❖ Fondos Únicos para otros Servicios y Apoyos Comunitarios; y
- ❖ Fondos para la Reserva Prudencial.

Con ciertas excepciones -por ejemplo, fondos para la Reserva Prudencial- todos los fondos únicos deberán gastarse a más tardar el 30 de Junio de 2006 (DMH, Carta No. 05-06, Septiembre 2, 2005).

Sección 4: Cantidades proyectadas para el fondo a tres años

El Estado ha proyectado que el Condado de Los Ángeles recibirá las siguientes asignaciones para su plan de Servicios y Apoyos Comunitarios en los próximos tres años fiscales (AF):

- ❖ AF 2005-06: **89,792,800**
- ❖ AF 2006-07: **90,690,728**
- ❖ AF 2007-08: **96,078,296**

Hemos proyectado que comenzaremos a recibir fondos continuos en Enero de 2006, a mitad del AF 2005-06. Por consiguiente, proyectamos tener disponibles \$44,896,400 dólares en fondos continuos para el segundo semestre del AF 2005-06 y una cantidad equivalente en fondos únicos. Las tablas del Anexo 2 detallan los actuales presupuestos proyectados para cada grupo de edad y el plan en su totalidad.

Sección 5: Resumen de las recomendaciones de fondos para el primer plan CSS a tres años

A continuación se presenta un resumen del consenso de recomendaciones aprobadas por los delegados para el primer Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios a tres años.

Esta sección observa la siguiente estructura:

- ❖ Un resumen de las recomendaciones para las Sociedades de Servicio Completo para cada grupo de edad;
- ❖ Un resumen de las recomendaciones para el Desarrollo de Sistemas para cada grupo de edad;
- ❖ Un resumen de las recomendaciones Cruzadas que abarcan a todos o varios grupos de edad;
- ❖ Un resumen de las recomendaciones para Fondos Únicos.

SOCIEDADES DE SERVICIO COMPLETO PARA CADA GRUPO DE EDAD

Las Sociedades de Servicio Completo para todos los grupos de edad reflejarán las características descritas en la página 9 precedente. Las diferencias de diseño reflejarán las distintas poblaciones focales elegidas para cada grupo de edad y los resultados específicos buscados para las poblaciones focales. De tal suerte, las siguientes secciones describirán primero las poblaciones focales y resultados prioritarios que los delegados han identificado para cada grupo de edad. Asimismo, cada sección contiene las consideraciones iniciales sobre criterios de diseño para las sociedades de servicio completo específicas para cada edad. En las próximas semanas, los delegados desarrollarán criterios más refinados para la implementación de sociedades de servicio completo conforme comiencen a enfocarse en los aspectos de diseño e implementación pertinentes al plan CSS.

Después de estas secciones hay dos secciones adicionales pertinentes a las Sociedades de Servicio Completo: la primera calcula la cifra de población atendida en cada grupo de edad durante los tres años fiscales de este primer plan CSS; la segunda resume el enfoque que los delegados han avalado para las asignaciones de Sociedades de Servicio Completo por grupo de edad, etnicidad, Área de Servicio y población focal.

Sociedades de Servicio Completo para Niños de 0-15 años

1. Poblaciones blanco recomendadas para las Sociedades de Servicio Completo para niños

En los lineamientos de Agosto 1 de 2005, el Departamento de Salud Mental del Estado recomienda varios grupos de niños entre 0-18 años como candidatos para poblaciones blanco. Esos grupos incluyen niños y adolescentes de entre 0 y 18 años² o alumnos de Educación Especial hasta concluir el año escolar en que cumplan 22 años de edad (y sus familias) que tengan graves trastornos emocionales y no gocen actualmente de servicios. En general, esta población consistirá de:

- Menores y sus familias que no estén asegurados, estén sub-asegurados y/o menores no elegibles para Medi-Cal debido a que se encuentran detenidos en el sistema de justicia juvenil.

² El primer anteproyecto de los lineamientos CSS emitido por el Estado, fijó el rango de edad para Niños en 0-15 años. En versiones subsiguientes de los lineamientos, incluidos los lineamientos finales, el Estado definió el rango de edad para Niños en 0-18 años, creando una superposición con los Jóvenes en Edad de Transición. Hemos optado por mantener el rango de edad para Niños en 0-15 años, y crear estructuras especiales para los grupos de trabajo de Niños y Jóvenes en Edad de Transición que colaboran en problemas comunes a las dos poblaciones.

- Menores desamparados, en hogares adoptivos fuera del Condado y con múltiples (más de dos) colocaciones en hogares adoptivos.
- Niños y menores mal atendidos que corran el riesgo de quedar desamparados o albergados fuera del hogar (Lineamientos CSS Estatales, p. 21).

Los delegados han adoptado las poblaciones focales recomendadas por el Estado, aunque muchos de los subgrupos especificados por el Estado caen, de hecho, dentro de las poblaciones focales identificadas por el grupo de trabajo para Jóvenes en Edad de Transición (TAY, por sus siglas en inglés; consulte pie de página 11 y el análisis TAY de la siguiente sección). Asimismo, los delegados definieron las poblaciones focales recomendadas para incluir niños (0 a 15 años) con graves trastornos emocionales [SED, por sus siglas en inglés] y sus familias, con prioridad para niños con trastornos concurrentes, hospitalizaciones recientes, trastornos sicóticos o que manifiesten síntomas de experiencias traumáticas. En particular, nos enfocaremos en:

- Prenatales a 5 años de edad con alto riesgo de ser expulsados de preescolar, implicados o corran un alto riesgo de ser detenidos por el Departamento de Servicios Infantiles y Familiares (DCFS, por sus siglas en inglés); o niños de padres o cuidadores que tengan SED o enfermedad mental grave y persistente, o presenten un trastorno concurrente de abuso de sustancias;
- Niños que hayan sido retirados de sus hogares o tengan un elevado riesgo de ser retirados de sus hogares por orden de DCFS, y niños en transición hacia colocaciones menos restrictivas;
- (3) Niños que tengan las siguientes manifestaciones en la escuela:
 - Expulsión o suspensión, o alto riesgo de alguna de ellas;
 - Conductas violentas;
 - Posesión o uso de drogas;
 - Ideas suicidas y/u homicidas; y/o
 - Absentismo escolar; y
- Menores bajo libertad condicional que reciban medicamentos psicotrópicos y estén en transición a un ambiente hogareño y comunitario menos estructurado.³

2. Resultados recomendados

Los delegados han adoptado los resultados para niños y sus familias según los lineamientos estatales del primero de Agosto de 2005, incluyendo:

- Uso significativo del tiempo y la capacidad, incluidos aspectos como empleo, capacitación vocacional, educación, y actividades sociales y comunitarias;

³ Los delegados también identificaron, como población prioritaria, a los Jóvenes en Edad de Transición en Campamentos de Libertad Condicional. Se propondrán modelos de Sociedades de Servicio Completa que atiendan ambas poblaciones de manera integrada.

- Vivienda segura y adecuada, incluido un ambiente de vida familiar seguro para niños y menores; reducción del desamparo;
- Una red de relaciones de apoyo;
- Acceso oportuno a la ayuda necesaria, incluidas las épocas de crisis;
- Reducción del encarcelamiento en prisiones y correccionales; y
- Reducción de los servicios involuntarios, reducción del internamiento institucional, y reducción de colocaciones fuera del hogar.

Los delegados también han adoptado el resultado de mantener o mejorar la salud física, ya que tiene relación con la consecución de los resultados anteriores para niños y sus familias.

3. Consideraciones iniciales del diseño de Sociedades de Servicio Completo para Niños

Los delegados adoptaron la definición de Sociedades de Servicio Completo conforme lo descrito anteriormente. También han adoptado varios otros criterios para las Sociedades de Servicio Completo de este grupo de edad, incluyendo:

- Servicios que serán proporcionados en el hogar, la escuela y la comunidad;
- Evaluaciones basadas en fortalezas;
- Servicios que serán proporcionados a los miembros de la familia cuando sean esenciales para la consecución de resultados del niño;
- Servicios de centros de beneficios
- Tratamiento de salud mental para padres de niños con SED que todavía no reúnan los requisitos de la definición de población blanco en el sistema para adultos;
- Prácticas terapéuticas basadas en evidencias; y
- Defensa de los padres y cuidadores.

Sociedades de Servicio Completo para Jóvenes en Edad de Transición de 16-25 años

1. Poblaciones blanco recomendadas para las Sociedades de Servicio Completo

En sus lineamientos de Agosto 1, el Departamento de Salud Mental del Estado recomienda varios grupos de Jóvenes en Edad de Transición de 16-25 años como candidatos para poblaciones blanco. Dichos grupos incluyen jóvenes en edad de transición cuyas edades oscilen entre 16 y 25 años, que actualmente estén desatendidos o mal atendidos, presenten graves trastornos emocionales y que:

- Estén desamparados o en inminente riesgo de quedar desamparados;
- Sean individuos que por su edad queden fuera de los sistemas de salud mental para niños y jóvenes, bienestar social infantil y/o los sistemas de justicia para menores;
- Sean jóvenes implicados en el sistema criminal de justicia o que corran el riesgo de una hospitalización o internamiento institucional involuntario; y
- Sean jóvenes en edad de transición que hayan experimentado un primer episodio de enfermedad mental grave.

Los delegados han adoptado las poblaciones focales recomendadas por el Estado, refinándolas adicionalmente de la siguiente manera. Los delegados pretenden adoptar un compromiso a largo

plazo con todos los jóvenes en edad de transición de 16-25 años que tengan trastornos emocionales graves (SED) o una enfermedad mental grave (SMI, por sus siglas en inglés) conducente a un deterioro funcional significativo o que demuestren un deterioro social, emocional, educativo y/u ocupacional significativo y reúnan los criterios para un diagnóstico de SED y/o SMI, incluidos los jóvenes con diagnósticos dobles o trastornos concurrentes, incluidos trastornos por abuso de sustancias y otros.

No obstante, durante los tres primeros años el Plan CSS estará enfocado en jóvenes no atendidos, mal atendidos o inadecuadamente atendidos, incluidos los que están desamparados o corren el riesgo de estarlo, y/o jóvenes que por su edad no califican para los programas de salud mental infantil, bienestar social infantil y los sistemas de justicia para menores.

Se dará prioridad, en particular, a los jóvenes que:

- Hayan estado o estén por salir de ambientes institucionales a largo plazo –por ejemplo, hogares grupales de nivel 14- incluidos aquellos jóvenes que, aunque por diagnóstico calificaban para hogares grupales de nivel 14, vivían en otros ambientes;
- Hayan estado en hospitales, Institutos para Enfermedades Mentales (IMD, por sus siglas en inglés), Instituciones Comunitarias de Tratamiento, cárceles y/o campamentos de libertad condicional; y
- Jóvenes que hayan experimentado su primer brote sicótico.

2. Resultados recomendados

Los delegados han adoptado los resultados del Estado para jóvenes en edad de transición, incluyendo:

- Uso significativo del tiempo y la capacidad, incluidos aspectos como empleo, capacitación vocacional, educación, y actividades sociales y comunitarias;
- Vivienda segura y adecuada, incluido un ambiente de vida familiar seguro para niños y menores; reducción del desamparo;
- Una red de relaciones de apoyo;
- Acceso oportuno a la ayuda necesaria, incluidas las épocas de crisis;
- Reducción del encarcelamiento en prisiones y correccionales; y
- Reducción de los servicios involuntarios, reducción del internamiento institucional, y reducción de colocaciones fuera del hogar.

Los delegados también han adoptado tres resultados adicionales para los jóvenes en edad de transición:

- Mantener o mejorar la salud física, ya que tiene relación con la consecución de los resultados anteriores.
- Reducción del embarazo a temprana edad; y
- Obtención del diploma de bachillerato o un GED.

Nota sobre pertinencia de edad y jóvenes en edad de transición: Los delegados son conscientes de los peculiares desafíos de desarrollo que enfrenta este grupo de jóvenes, los cuales trascienden cualquier desafío de salud mental que puedan encarar. El uso de diferentes frases en este informe – menores, jóvenes, adultos jóvenes- pretende sugerir algunos de estos desafíos de desarrollo pertinentes a la edad. Todas las recomendaciones de este informe, tanto para Sociedades de Servicio Completo como inversiones en desarrollo del sistema, presuponen el compromiso de ayudar a los jóvenes en edad de transición que reciben dichos servicios a alcanzar finalmente el máximo nivel de autosuficiencia posible. Lo que esto represente en la práctica dependerá de la edad, cultura y etnia, entre otros factores.

Para muchos jóvenes de 16-18 años o más, la ayuda para establecer o restablecer relaciones adecuadas con familiares o cuidadores adultos es crítica para ayudarles a lograr la autosuficiencia. Sin embargo, para muchos jóvenes, incluso los de edades inferiores, se ha iniciado ya la transición hacia la independencia, de modo que las relaciones que establecen con familiares y otros adultos reflejan esta realidad.

La complejidad de esta dinámica refleja el requisito esencial de adecuar los servicios y apoyos a las necesidades particulares del individuo. No obstante, como regla general, entendemos que todas las recomendaciones hechas aquí reflejan el compromiso de proporcionar servicios a jóvenes dentro del contexto de sus relaciones con familias y comunidades, y el compromiso de respaldar los máximos niveles posibles de autosuficiencia.

3. Consideraciones iniciales del diseño de Sociedades de Servicio Completo para TAY (siglas en inglés de Jóvenes en Edad de Transición)

Los delegados adoptaron la definición de Sociedades de Servicio Completo conforme lo descrito anteriormente.

Además, los delegados han acordado que uno de los elementos más esenciales para el éxito de las Sociedades de Servicio Completo es un sólido compromiso para satisfacer las necesidades de vivienda de los jóvenes inscritos y los adultos jóvenes. Los delegados consideran que dicho compromiso es fundamental para asegurar que los jóvenes y adultos jóvenes inscritos en Sociedades de Servicio Completo cuenten con un ambiente estable en el cual alcanzar la recuperación y el bienestar.

Dentro del cálculo de costos iniciales para las Sociedades de Servicio Completo dirigidas a jóvenes en edad de transición se incluyen los cálculos de costo de diversas opciones de vivienda disponibles para menores y adultos jóvenes inscritos en estos programas, entre ellas:

- Pagares de hoteles para hospedaje de emergencia;
- Subsidios de renta y pagarés;
- Acceso a vivienda y vivienda con servicios de apoyo diseñados específicamente y dirigidos a jóvenes en edad de transición con SED o SMI; y
- Otras ayudas de vivienda adecuadas.

Sociedades de Servicio Completo para Adultos de 26-59 años

1. Poblaciones blanco recomendadas para las Sociedades de Servicio Completo

En sus lineamientos de Agosto 1, el Departamento de Salud Mental del Estado recomienda varios grupos de adultos con enfermedad mental grave como candidatos para poblaciones blanco, incluidos adultos con un trastorno concurrente de abuso de sustancias y/o padecimientos físicos que no estén atendidos actualmente y reúnan uno o más de los siguientes criterios:

- Desamparo
- Riesgo de desamparo, como un joven que por su edad no pueda continuar bajo el cuidado adoptivo o personas que salen de prisión;
- Esté implicado en el sistema de justicia criminal, incluidos adultos involucrados en problemas de protección infantil; o
- Usuarios frecuentes de servicios de hospitales y salas de emergencias.
- O que estén tan mal atendidos que corran el riesgo de:
 - Desamparo, como las personas que viven en instituciones o asilos;
 - Se hallen implicados en el sistema de justicia criminal;
 - Deban ser internados en una institución; o
 - Se consideren adultos mayores en edad de transición (a menudo de 55 a 59 años) que por su edad hayan salido del sistema de salud mental para adultos y corran el riesgo de cualquiera de las condiciones o características situacionales anteriores (Lineamientos CSS Estatales, p. 21).

Los delegados han adoptado las poblaciones focales recomendadas por el Estado, refinándolas adicionalmente de la siguiente manera. Nuestro enfoque inicial para las Sociedades de Servicio Completo CSS para adultos estará centrado en personas con enfermedad mental grave, incluidas personas que presenten trastornos concurrentes y/o hayan sufrido trauma grave, tan mal atendidos o desatendidos que se encuentren:

- Desamparadas;
- En prisión;
- Sean usuarios frecuentes de servicios en hospitales o salas de emergencia;
- En otros ambientes institucionales (incluidos Hospitales del Estado, IMD, Centros de Atención Urgente, diversos tratamientos residenciales y otras instalaciones); o
- Con familiares o en otros ambientes y que, debido a su enfermedad mental, corran riesgo inminente de desamparo, prisión y/o internamiento institucional.

2. Resultados recomendados

Los delegados han adoptado los resultados que el Estado especifica para los adultos, incluidos:

- Uso significativo del tiempo y la capacidad, incluidos aspectos como empleo, capacitación vocacional, educación, y actividades sociales y comunitarias;
- Vivienda segura y adecuada, incluido un ambiente de vida familiar seguro para niños y menores; reducción del desamparo;
- Una red de relaciones de apoyo;
- Acceso oportuno a la ayuda necesaria, incluidas las épocas de crisis;

- Reducción del encarcelamiento en prisiones y correccionales; y
- Reducción de los servicios involuntarios, reducción del internamiento institucional, y reducción de colocaciones fuera del hogar.

Los delegados también han adoptado el resultado de mantener o mejorar la salud física, ya que tiene relación con la consecución de los resultados anteriores para adultos.

Sociedades de Servicio Completo para Adultos Mayores de 60 años o más

1. Poblaciones blanco recomendadas para las Sociedades de Servicio Completo para Adultos Mayores

En los lineamientos de Agosto 1, el Departamento de Salud Mental del Estado recomienda varios grupos de Adultos Mayores de 60 años o más como candidatos para poblaciones blanco. Dichos grupos incluyen Adultos Mayores de 60 o más años con enfermedad mental grave, incluidos adultos con trastorno concurrente de abuso de sustancias y/o un padecimiento físico para el cual no reciban atención actualmente y:

- Presenten una disminución del funcionamiento personal o comunitario;
- Estén desamparados; y/o
- Corra el riesgo de quedar desamparado, ser internado en una institución, un asilo, hospitalizado y haga uso de servicios de sala de emergencias.
- Adultos Mayores tan mal atendidos que corran alguno de los riesgos anteriores.

Los adultos mayores en edad de transición pueden incluirse bajo la población de adultos mayores cuando sea adecuado.

Los delegados han adoptado las poblaciones focales recomendadas por el Estado, refinándolas adicionalmente de la siguiente manera. Nuestro enfoque inicial para las Sociedades de Servicio Completo CSS para adultos de 60 años o más con enfermedad mental grave, incluirá:

- Individuos con trastornos concurrentes que incluyan trastornos de abuso de sustancias, trastornos del desarrollo, trastornos médicos y cognoscitivos con un diagnóstico primario de enfermedad mental.
- Individuos con riesgo inminente de ser ingresados en una Institución Especializada de Enfermería (SNF, por sus siglas en inglés) o dados de alta de la misma, posiblemente conservados;
- Clientes referidos por el Servicio de Protección para Adultos con antecedentes de abandono personal o maltrato y que suelen estar aislados;
- Clientes con alto riesgo de ir a prisión o liberados de la misma;
- Beneficiarios de servicios intensivos (clientes con 6 o más hospitalizaciones en los últimos 12 meses);
- Clientes actualmente integrados en el sistema y envejeciendo, es decir, clientes que han sufrido trastornos mentales graves en años anteriores y ahora empiezan a alcanzar la edad de ancianos, quizá ya en “programas tipo ACT” para adultos; y
- Clientes con un elevado riesgo de suicidio.

2. Resultados recomendados

Los delegados han adoptado los resultados que el Estado especifica para los adultos mayores, incluidos:

- Uso significativo del tiempo y la capacidad, incluidos aspectos como empleo, capacitación vocacional, educación, y actividades sociales y comunitarias;
- Vivienda segura y adecuada, incluido un ambiente de vida familiar seguro para niños y menores; reducción del desamparo;
- Una red de relaciones de apoyo;
- Acceso oportuno a la ayuda necesaria, incluidas las épocas de crisis;
- Reducción del encarcelamiento en prisiones y correccionales; y
- Reducción de los servicios involuntarios, reducción del internamiento institucional, y reducción de colocaciones fuera del hogar.

Los delegados han modificado la definición de estos resultados de manera que se apliquen más adecuadamente a los adultos mayores. La lista refinada de resultados incluye:

- Un ambiente rentable, seguro y nutritivo, lo menos restrictivo posible y que apoye el funcionamiento óptimo en un ambiente de vida seguro
- Uso significativo del tiempo y las capacidades, incluyendo una sensación de conexión con la comunidad y un sentimiento de valía y estimación dentro de la comunidad;
- Relaciones significativas y de apoyo con otras personas;
- Una completa variedad de servicios y apoyos de salud mental culturalmente sensibles y adecuados a la edad, disponible en todas las áreas geográficas;
- Mantener óptimas condiciones de capacidad funcional y salud física, cognoscitiva y mental; y
- Capacidad para ejercer la autodeterminación.

3. Consideraciones iniciales del diseño de Sociedades de Servicio Completo para Adultos Mayores

Los delegados han desarrollado una lista preliminar de criterios de diseño para Sociedades de Servicio Completo para adultos mayores incluyendo:

- Personal multidisciplinario con capacitación y experiencia en el trabajo con adultos mayores;
- Experiencia y compromiso con servicios proporcionados en el domicilio;
- Experiencia comprobada en intervenciones especializadas que hayan sido prometedoras para adultos mayores;
- Experiencia para identificar, integrar y resolver las numerosas necesidades de clientes adultos mayores en áreas de salud mental, abuso de sustancias, salud e higiene, establecimiento de beneficios, vivienda, transporte y nutrición;
- Capacidad comprobada para colaborar con proveedores de atención primaria;

- Experiencia para proporcionar servicios de campo para adultos mayores en sitios como asilos, centros para adultos mayores, organizaciones religiosas o programas de alimentos congregados;
- Capacidad para trabajar con las tres poblaciones focales de adultos mayores: edades de 60 a 64 años, 65 a 85 años y mayores de 85 años.
- Compromiso para trabajar con las familias de adultos mayores, incluyendo la capacidad para proporcionar grupos de apoyo a cuidadores;
- Compromiso con un periodo de participación significativo que permita establecer relaciones;
- Experiencia para reconocer el potencial suicida y realizar evaluaciones periódicas de dicho potencial en pacientes con riesgo;
- Experiencia comprobada para proporcionar opciones de tratamiento como psicoterapia a domicilio;
- Disponibilidad de consulta con farmacéutas geriátricos, terapeutas ocupacionales y nutricionistas, y coordinación de la atención con médicos de primer nivel
- Capacidad para proporcionar u organizar servicios de transporte que sean realmente “de puerta a puerta”
- Experiencia comprobada y/o capacidad para colaborar con diversos recursos para adultos mayores como: recursos para cuidadores, Programas de Servicios Múltiples para Adultos Mayores, Centros de Atención Médica Diurna para Adultos, Proveedores de Atención Primaria, APS y Guardián Público.

Cálculos de cifras de población que serán atendidas por Sociedades de Servicio Completo

1. Niños 0-15

a. Total de niños atendidos por las Sociedades de Servicio Completo

(1) AF 2005-06: 384

(2) AF 2006-07: 1534

(3) AF 2007-08: 1534

b. Cálculo del costo promedio por cliente: \$16,500 dólares

c. Cálculo del porcentaje de niños que recibirán servicios y serán elegibles para fuentes de pago alternativas en algún momento de un año de servicio: 90%

d. Cifra anual aproximada que será apalancada por los fondos para Filtrado y Pruebas Periódicas Tempranas (ESPDT, por sus siglas en inglés), cuando el plan sea completamente operativo: \$21,607,465 dólares al año.

2. Jóvenes en Edad de Transición 16-24

a. Total TAY atendido por las Sociedades de Servicio Completo

(1) AF 2005-06: 207

(2) AF 2006-07: 828

(3) AF 2007-08: 828

- b. Cálculo del costo promedio por cliente: \$15,520 dólares
- c. Cálculo del porcentaje de jóvenes que recibirán servicios y serán elegibles para fuentes de pago alternativas en algún momento de un año de servicio: 65%
- d. Cifra anual aproximada que será apalancada por los fondos para Filtrado y Pruebas Periódicas Tempranas (ESPDT), fondos Medi-Cal, y Healthy Families cuando el plan sea completamente operativo: \$7,839,128 dólares

3. Adultos 25-59

a. Total atendido

- (1) AF 2005-06: 441
- (2) AF 2006-07: 1766
- (3) AF 2007-08: 1766

- b. Cálculo del costo promedio por cliente: \$15,000 dólares
- c. Cálculo del porcentaje de adultos que recibirán servicios y serán elegibles para fuentes de pago alternativas en algún momento de un año de servicio: 65%
- d. Cifra anual aproximada que será apalancada por Medi-Cal cuando el plan sea completamente operativo: \$8,911,440 dólares

4. Adultos Mayores de 60 años o más

a. Total atendido

- (1) FY 2005-06: 41
- (2) FY 2006-07: 205
- (3) FY 2007-08: 205

- b. Cálculo del costo promedio por cliente: \$15,000 dólares
- c. Cálculo del porcentaje de adultos que recibirán servicios y serán elegibles para fuentes de pago alternativas en algún momento de un año de servicio: 80%
- d. Cifra anual aproximada que será apalancada por Medi-Cal cuando el plan sea completamente operativo: \$973,844

Asignación de Sociedades de Servicio Completo por Grupo de Edad, Etnicidad, Área de Servicio y Población Focal

Cálculos conservadores determinan que la necesidad no satisfecha de servicios de salud mental en el Condado de Los Ángeles para quienes padecen de problemas de salud mental abarca un total de 112 mil personas (consulte pp. 41-55 del Plan de Servicios y Apoyos Comunitarios del Condado de Los Ángeles para conocer el análisis de datos que produjo este cálculo). Cuando sean operativas y cuenten con todo el personal necesario, las Sociedades de Servicio Completo darán apoyo a 4,333 personas y sus familias. El impacto

relativo de estas Sociedades de Servicio Completo iniciales será reducido, ciertamente. Sin embargo, nuestra intención es utilizar las inversiones para crear, de manera más eficaz y efectiva, la gran variedad de apoyos que necesitan los individuos para acelerar su recuperación. Más aún, tenemos el compromiso de utilizar estos nuevos fondos para fijar y alcanzar metas para diferentes poblaciones de manera que podamos adoptar una agenda más ambiciosa para resolver disparidades de acceso a servicios en los próximos años.

Hemos comenzado a actuar con base en dicho compromiso de la siguiente manera. Primero, identificamos varios criterios que nos permiten establecer objetivos para las Sociedades de Servicio Completo de diversos grupos étnicos según sus grupos de edad y las áreas de planificación del servicio. Dichos criterios incluyen: pobreza por edad, etnicidad y área de servicio; número de no asegurados por edad, etnicidad y área de servicio; cantidad de hogares donde el inglés no es la lengua primaria siguiendo criterios de edad, etnicidad y área de servicio.

Muy pronto descubrimos que sólo existen datos confiables por edad, etnicidad y área de planificación de servicio para el criterio de pobreza; los dos criterios restantes sólo pueden analizarse en el nivel del Condado o por área de planificación de servicios, mas no por edad, etnicidad o área de servicio.

Los delegados decidieron comenzar con los datos de pobreza y realizar el primer cálculo de aberturas en el Condado con base en la etnicidad. Luego analizaremos los datos demográficos de las distintas poblaciones focales por área de servicio y empezaremos a desarrollar diseños coherentes para las Sociedades de Servicio Completo que permanezcan dentro de las asignaciones recomendadas. A continuación supervisaremos esos objetivos de manera trimestral, presentando informes de adelanto a los delegados e identificando las oportunidades para fortalecer nuestros esfuerzos de extensión y participación. Además, crearemos algunas aberturas especializadas para poblaciones étnicas y especiales que se encuentren dispersas –por ejemplo, indígenas americanos– a fin de asegurar que estamos creando servicios para dichas poblaciones y aprendiendo a mejorar a su favor los esfuerzos del sistema global de servicios.

Un último cálculo que hemos realizado con respecto de la asignación de Sociedades de Servicio Completo consiste en fijar objetivos para los no asegurados del Condado de Los Ángeles. Hemos determinado objetivos ambiciosos para abarcar a los no asegurados de cada grupo de edad con miras a garantizar que los fondos proporcionen apoyo y esperanza a los ciudadanos más vulnerables y con necesidades de salud mental en nuestra comunidad. De manera específica, dichos objetivos son: 10% para niños, 35% para jóvenes en edad de transición, 35% para adultos y 20% para adultos mayores. Es decir, la expectativa es que podamos servir cuando menos a este porcentaje de personas que no tienen acceso a otras fuentes de pago durante un periodo de un año o más. Estos objetivos no reflejan una merma en el compromiso del sistema para buscar y establecer activamente un esquema de beneficios para todos los candidatos elegibles; por el contrario, los objetivos pretenden reflejar la intención de alcanzar a los más desatendidos y difíciles de atender entre los distintos grupos de edad.

INVERSIONES EN DESARROLLO DE SISTEMAS PARA TODOS LOS GRUPOS DE EDAD

Inversiones en Desarrollo de Sistemas para Niños de 0-15 años

Las Inversiones en Desarrollo de Sistemas para niños estarán dirigidas a niños con SED y sus familias, incluidos quienes forman parte de sociedades de servicio completo. El objetivo es apoyar un sistema donde los niños reciban atención dentro del contexto familiar. Se crearán y transformarán los sistemas de servicio para responder a las necesidades de los niños (y sus familias) desatendidos, mal atendidos e inadecuadamente atendidos.

Las inversiones recomendadas en desarrollo de sistemas incluyen:

Servicios de Apoyo Familiar, incluidos servicios adicionales contemplados bajo los lineamientos CSS y dirigidos a padres, cuidadores y/u otros miembros de la familia inscritos en sociedades de servicio completo, pero que por sí mismos no reúnan los criterios establecidos por las sociedades de servicio completo para su grupo de edad. Estos servicios serían considerados esenciales para la consecución de resultados en el niño o los niños inscritos en sociedades de servicio completo. Estos servicios serían prioritarios para padres, cuidadores u otros miembros de la familia que no cuenten con otros recursos de fondos, quienes no estén cubiertos por otros sistemas de atención y no califiquen para servicios colaterales.

Integración de las Prácticas de Salud Mental y el Tratamiento de Abuso de Sustancias: Esta estrategia es fundamental para apoyar la eficaz implementación de sociedades de servicio completo e incluye el desarrollo de modelos completamente integrados para el tratamiento de trastornos concurrentes, dirigidos a niños con cuidadores que presentan trastornos concurrentes y los niños que presenten trastornos concurrentes.

Servicios de Crisis Familiar: Atención de apoyo para padres y cuidadores de niños con SED. Estos servicios se brindarán principalmente a familias con niños inscritos en Sociedades de Servicio Completo. La atención de apoyo es un servicio de ayuda para familias que proporcionan atención continua a una persona con discapacidad o enfermedad grave. Los programas de atención de apoyo están diseñados para auxiliar a las familias a reducir el estrés resultante de la atención de un niño o adulto discapacitado. Disponible como servicio para familias en el sistema de discapacidades del desarrollo desde hace más de 20 años, la atención de apoyo ha sido el sistema de apoyo familiar más rentable. Las familias que se encuentran en iguales circunstancias dentro del sistema de salud mental han tenido que sufrir en silencio sin un apoyo semejante. Los delegados consideran que muchas tragedias que han conducido a la desintegración de las familias con un miembro gravemente enfermo a consecuencia del enorme estrés que genera el cuidado, podrían haberse evitado de haber existido la atención de apoyo.

En el año 2000, la Legislatura del Estado de California incluyó condiciones en el Presupuesto Estatal para establecer un Proyecto Piloto de Atención de Apoyo en Salud Mental, administrado por los departamentos de salud mental del Condado. El Capítulo 93, Sección 3.5 establece que *“la atención de apoyo para familias que cuidan de un niño con*

grave perturbación emocional o un adulto con grave enfermedad, es crítica para brindar ayuda y conservar al miembro de la familia en el hogar, manteniendo la estabilidad familiar”.

Hoy disponible sólo a familias que pertenecen al sistema de discapacidades del desarrollo, los delegados consideran que es importante ofrecer atención de apoyo a los familiares de niños y menores de 0-15 años que reúnan los criterios de elegibilidad de las Sociedades de Servicio Completo.

Inversiones en Desarrollo de Sistemas para Jóvenes en Edad de Transición de 16-25 años

Los delegados adoptaron tres objetivos globales para las inversiones en desarrollo de sistemas para jóvenes en edad de transición:

- Mejorar la facilidad para ingresar y acceder al sistema;
- Incrementar las opciones de vivienda a corto y largo plazo; e
- Incrementar la calidad y cantidad de servicios de Salud Mental en los campamentos para menores.

Ampliar el horario de los centros de paso: Los jóvenes en edad de transición con graves problemas mentales suelen ser muy erráticos, y por lo tanto presentan desafíos singulares para proporcionales servicios y apoyos eficaces. Una de las primeras condiciones para brindar servicios y apoyos es establecer una relación de confianza con la persona que recibe los servicios. Los delegados han recomendado recursos significativos para ampliar el horario de operaciones de los centros de paso de todo el Condado a fin de incluir por lo menos algunas noches y fines de semana, cuando los servicios son más necesarios. Dichos centros tienen un historial demostrado de crear ambientes seguros cuando los jóvenes en edad de transición empiezan a desarrollar relaciones de confianza que pueden conducir a servicios y apoyos a mayor plazo.

Incrementar las opciones de vivienda disponibles a los Jóvenes en Edad de Transición: Los jóvenes en edad de transición con graves problemas de salud mental suelen tener dificultades para encontrar hospedaje seguro de emergencia y vivienda segura permanente. Los delegados recomiendan inversiones en una red de **Especialistas en Vivienda** para que los jóvenes en edad de transición tengan acceso a una gran variedad de opciones de vivienda, desde hospedaje de emergencia hasta viviendas permanentes. Estos especialistas trabajarán con caseros y otros individuos que puedan ayudar a proporcionar vivienda para jóvenes en edad de transición. También desarrollarán su experiencia en cuanto a los subsidios, apoyos y servicios de vivienda disponibles a los cuales pueden calificar jóvenes en edad de transición particulares.

Además, los delegados recomiendan inversiones en **pagarés para hospedaje de emergencia**, el cual ayudará a los jóvenes en edad de transición que viven en las calles a encontrar algún hospedaje temporal donde puedan comenzar a recibir servicios y, con apoyo, desarrollar planes a plazo más largo. Los delegados también recomiendan

inversiones significativas en **subsidios para proyectos de vivienda** que permitan establecer unidades habitacionales permanentes para jóvenes en edad de transición con graves problemas de salud mental.

Incrementar los servicios de salud mental en Campamentos de Libertad Condicional:

Los delegados recomiendan inversiones significativas en jóvenes de Campamentos de Libertad Condicional que todavía no estén preparados o capacitados para realizar la transición de los campamentos hacia sociedades de servicio completo. Los delegados opinan que los servicios en los Campamentos de Libertad Condicional son indispensables para ayudar a que este sector de la población TAY con necesidades de salud mental alcance su máximo potencial, en vez de continuar inmerso en el sistema de justicia criminal al alcanzar la adultez.

Los equipos integrados y multidisciplinarios propuestos proporcionarán una gama de servicios dirigidos a la exitosa transición de jóvenes que salen de ambientes de Libertad Condicional. Mediante un enfoque en la recuperación, que considera la enfermedad mental como un estado del cual el individuo puede recuperarse para luego llevar una vida sana y productiva, los equipos serán inclusivos y estarán compuestos de padres/intercesores paritarios, clínicos y personal de Libertad Condicional, proporcionando diversos servicios de tratamiento y apoyo, incluyendo: evaluaciones de enfermedad mental, problemas concurrentes de abuso de sustancias y medicación; servicios continuos de tratamiento; apoyo paritario; apoyo/educación para padres; manejo de conductas; planificación de altas, incluidos beneficios y planificación de transiciones vinculados con las Sociedades de Servicio Completo (FSP, por sus siglas en inglés) de la comunidad y con la familia, en caso necesario.

Inversiones en Desarrollo de Sistemas para Adultos de 26-59 años

Los delegados llegaron a un consenso sobre diversas prioridades del sistema general para inversiones en desarrollo de sistemas para adultos.

Centros de Bienestar y Apoyo Operados por Clientes para apoyar a los adultos inscritos en sociedades de servicio completo y otros adultos con enfermedad mental grave y persistente. Los Centros de Bienestar/apoyo Operados por Clientes están diseñados para ofrecer opciones a clientes que ya no necesitan los servicios intensivos que ofrecen los programas FSP, que pueden recibir servicios de programas para pacientes externos menos intensivos y quienes están listos para tomar una creciente responsabilidad en su bienestar y recuperación.

En condiciones ideales, los Centros de Bienestar/Apoyo Operados por Clientes estarán emplazados en edificios propios de ubicación central con respecto de muchas otras organizaciones comunitarias, en vez de formar parte de una clínica de pacientes externos o un sitio de programa FSP. Las actividades de los Centros incluirán citas programadas con el (la) Enfermero(a) Practicante o Psiquiatra para recibir medicación o tratar aspectos de salud física (Centros de Bienestar); participación en pequeñas sesiones y talleres de autoayuda; investigación o uso de una pequeña computadora/biblioteca de recursos; y reuniones/interacciones con otros miembros del personal que trabajen en el sitio. Además,

los Centros necesitarán un “área de bienvenida” donde todo el que entre encuentre personal de apoyo paritario dispuesto a responder preguntas, aclarar inquietudes o brindar ayuda con los servicios de citas. El ambiente será intencionalmente amistoso, cálido y de aspecto “no institucional”. Los talleres más numerosos, las sesiones de autoayuda y los eventos sociales planificados se llevarán a cabo en instalaciones más amplias fuera de los Centros de Bienestar/Apoyo Operados por Clientes.

Los Centros de Bienestar brindan atención para problemas de salud física y mental, con base en investigaciones que demuestran que las personas con problemas de salud mental también presentan una elevada frecuencia de problemas graves de salud física como diabetes, hipertensión y obesidad, que pueden ser efectos colaterales de los medicamentos. Los Centros de Bienestar ofrecen una amplia gama de apoyos y estrategias a los participantes para satisfacer sus necesidades de salud física y mental. A partir del Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar (WRAP, por sus siglas en inglés), se hace enorme énfasis en la conducta preactiva, las estrategias preventivas y la responsabilidad personal. El Centro de Bienestar integra esto con educación en salud mental y física, sesiones de autoayuda, apoyo paritario y apoyo médico y psiquiátrico, a fin de que los participantes en el programa continúen en el camino hacia la recuperación y alcancen sus objetivos para una vida saludable.

En el espíritu de desarrollar una comunidad inclusiva, los Centros de Bienestar/Apoyo Operados por Clientes dan la bienvenida a cualquier miembro de la comunidad que desee participar en las diversas actividades de autoayuda, educación y sociales/recreativas que organizan. Los Centros tienen el compromiso de incrementar la capacidad de la comunidad para incluir a todos los ciudadanos. El desarrollo comunitario será un elemento crítico de los esfuerzos de los Centros debido a los muchos beneficios que se derivan de la participación activa en la vida de una comunidad. El desarrollo comunitario brinda oportunidades para que los individuos desarrollen mecanismos de apoyo no institucionales, reduzcan estigmas, y disminuyan la dependencia de los sistemas de salud mental y de otra índole -todos, elementos críticos para el éxito conforme los individuos fortalezcan la confianza en sí. Las personas que participan en estos Centros no tienen que estar inscritas en un programa y habrá grupos disponibles a los miembros del público que deseen participar.

Instalaciones de retiro de IMD: El programa de Instalaciones de Retiro de IMD proporciona servicios de apoyo en salud mental directamente en el sitio; costos operativos limitados (en caso necesario) para determinadas Instalaciones Residenciales para Adultos (ARF, por sus siglas en inglés) autorizadas; e incluso asistencia doméstica, vivienda congregada u otras situaciones de vida independiente afiliadas a ARF. El programa dará servicio a 50 o 100 individuos en todo momento, con 18 años o más y en su mayoría, personas listas para ser dadas de alta de Instituciones para Enfermedades Mentales (IMD, por sus siglas en inglés). El programa también dará cabida a personas dadas de alta de unidades de internamiento psiquiátrico agudo o instalaciones residenciales intensivas, o a quienes corran el riesgo de ser ingresadas en estos niveles de atención superiores, que también califican para este servicio. El programa estará dirigido a individuos en niveles de atención superior que requieran de servicios de apoyo en salud mental y otras ayudas para efectuar la transición a un ambiente comunitario estable y prepararse para una vida

comunitaria más independiente. Las estrategias y características de esta Inversión en Desarrollo de Sistemas son:

- El periodo de estancia anticipado será de dos a seis meses para ARF e ilimitada para clientes con asistencia doméstica, vivienda congregada u otras situaciones de vida independiente.
- El programa ofrecerá capacidad para emergencias 24/7 y programación especializada.
- El personal de estos programas residenciales de apoyo incluirá profesionales certificados en salud mental, trabajadores de salud mental, asesores certificados en drogas y alcohol, intercesores familiares y apoyo paritario.
- Los servicios disponibles incluirán tratamiento individual y grupal, apoyo para medicación, intervención en crisis, manejo de casos, servicios de rehabilitación vocacional y en caso necesario, costos operativos para personal superior no reembolsable mediante Medi-Cal.
- El apoyo paritario y la participación familiar serán el enfoque primario del programa a fin de promover la reintegración comunitaria antes que el cliente sea dado de alta del programa. Por ejemplo, habrá un Proyecto Regreso -grupo de autoayuda administrado por clientes con “puentes paritarios”, intercesores de apoyo paritario DMH y otros “puentes”.
- MHSA, Medi-Cal, Medicare u otros ingresos de terceros servirán de apoyo al programa.
- Los resultados serán consistentes con los especificados en el plan CSS.

La implementación del programa ayudará a clientes en ambientes para internamiento agudo, institucionales y residenciales intensivos, con objeto de que residan con seguridad dentro de la comunidad con servicios de salud y apoyo.

Las inversiones para **incrementar las opciones de vivienda para adultos con enfermedad mental grave y persistente:** La iniciativa Desarrollo de Sistemas de Vivienda está diseñada para proporcionar fondos a especialistas en vivienda de todo el Condado, y cubrir los servicios y costos operativos de dos nuevos programas residenciales, Safe Havens, para desamparados con enfermedad mental y trastornos concurrentes de abuso de sustancias.

Especialistas en Vivienda: El exitoso programa Servicios Integrados para los Enfermos Mentales Desamparados del Departamento de Salud Mental, AB 2034, ha utilizado eficazmente especialistas en vivienda para proporcionar servicios de vivienda a sus miembros desamparados. El programa AB 2034 ha demostrado que los especialistas en vivienda son en extremo eficaces para obtener y retener viviendas privadas con valor de mercado para individuos desamparados con enfermedad mental. Por consiguiente, los especialistas en vivienda que reciben fondos de MHSA adoptarán el modelo de prestación de servicios utilizado en el programa AB 2034. Las funciones de los especialistas en vivienda incluirán, pero no estarán limitadas a:

- Ayudar a las personas a llenar solicitudes para subsidios de renta y asistencia en mudanzas, programas de vivienda o acuerdos de renta privados.
- Ayudar a las personas a prepararse para entrevistas con propietarios o administradores de viviendas.
- Acompañar y asistir a las personas en búsquedas de vivienda.
- Actuar como intercesores y negociadores de personas con malos antecedentes crediticios y de vivienda (es decir, lanzamientos o mal historial de alquiler) y establecer simultáneamente una relación profesional con propietarios y administradores de viviendas.
- Evitar posibles lanzamientos mediante una relación profesional y esclareciendo oportunamente las dudas de propietarios y administradores de viviendas.
- Colaborar estrechamente con los PSC o médicos de sus clientes para colaborar con esfuerzos de retención de vivienda y favorecer la comunicación de las partes interesadas.

De conformidad con los esfuerzos de transformación de sistemas del Departamento, los Especialistas en Vivienda proporcionarán servicios de colocación no sólo a individuos y familias desamparadas, sino también a personas que vivan en ambientes institucionales, ARF, Hogares de Vida en Sobriedad y otros ambientes comunitarios, quienes vivir en una situación de vida más independiente. También proporcionarán asistencia a quienes vivan en situaciones temporales, a menudo hacinadas, con familiares y amigos.

El objetivo del programa es contar con dos Especialistas en Vivienda en cada uno de las ocho Áreas de Servicio (SA, por sus siglas en inglés) del Departamento. Al momento, hay dos Especialistas en Vivienda, uno en SA 5 y otro en SA 8. Por ello, los fondos MHSA se usarán para abrir 14 nuevas plazas de Especialistas en Vivienda para adultos y adultos mayores. En reconocimiento de que cada SA tiene características y necesidades peculiares, el SA tiene discreción para utilizar un patrón de personal consistente con las necesidades de su región particular, incluyendo el reclutamiento de clientes y/o miembros de la familia.

Desarrollo de Programas Residenciales para los Desamparados Mentalmente Enfermos/Safe Havens: Safe Havens proporciona un ambiente seguro y no amenazador a personas desamparadas con enfermedad mental y posible trastorno concurrente de abuso de sustancias que estén en busca de refugio. Cada programa proporcionará una instalación con personal de 24 horas con hasta 25 alojamientos semiprivados para hombres y mujeres, durante un periodo indefinido. Los programas serán deliberadamente reducidos para ofrecer mayor intimidad y oportunidad de interactuar con los residentes e implementar la filosofía de servicio de gran tolerancia y baja demanda. Debido a los altos niveles de discapacidad en la población blanco, los programas ofrecen diversos servicios especializados y flexibles dirigidos al desarrollo no lineal de la enfermedad mental y la adicción a sustancias. Por consiguiente, el personal de estos programas incluirá individuos con antecedentes y experiencias similares a las personas atendidas. De manera específica, el personal incluirá clientes y familiares que hayan experimentado el desamparo y/o abuso de sustancias. La capacidad y configuración de Safe Havens dependerá eminentemente del lugar, ya que algunos programas también brindarán servicios de apoyo “de paso” a personas elegibles que no sean residentes. Desde la perspectiva de vivienda, estos programas están dedicados

a preparar y mudar clientes a formas de apoyo más adecuadas, como Shelter Plus Care, donde podrán beneficiarse de condiciones de vivienda permanente y de apoyo. Los residentes de Safe Haven pueden permanecer allí indefinidamente, aunque muchos se mudan a los seis meses.

Servicios de Transición y Vinculación Carcelaria: Los Servicios de Transición y Vinculación Carcelaria están diseñados para ayudar y lograr la participación de individuos encarcelados que reciben Servicios Carcelarios de Salud Mental o personas que tienen una enfermedad mental y han sido referidos por Trabajadores de Salud Mental de la Corte, Abogados y familiares, con objeto de proporcionarles niveles adecuados de servicios y apoyos adecuados en salud mental, incluidos vivienda y empleo, antes de ser liberados de prisión. El objetivo de estos servicios es evitar que se queden en las calles, aliviando así el encarcelamiento de “puerta giratoria” y servicios innecesarios de internamiento de emergencia/psiquiátrico agudo. Un Equipo de Vinculación y Participación identificará a los individuos que reúnan los criterios de los programas FSP y coordinará la referencia y vinculación con programas FSP. Si un individuo requiere de asistencia, pero no reúne los criterios de FSP, el equipo vinculará al individuo con un Navegador de Área de Servicio y/o los programas adecuados. Los individuos interesados en buscar empleo, incluidos quienes sean referidos a los programas FSP o vinculados con un Navegador de Área de Servicio, serán referidos con uno de cuatro Centros WorkSource designados y administrados por el Departamento de Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Los Ángeles.

El Equipo de Vinculación entrevistará y evaluará a los clientes referidos para determinar el nivel y tipo de necesidad, desarrollar un plan de liberación carcelaria, coordinar su colocación con el Área de Servicio y los Navegadores de Área de Servicio o programas FSP, y referir al cliente a uno de los Centros WorkSource designados, según el caso. Todos los servicios de Vinculación se proporcionarán mientras el cliente esté en prisión, asegurando así una transición ininterrumpida de los servicios carcelarios de salud mental a los servicios comunitarios al momento de su alta.

El Equipo de Vinculación y Participación Carcelaria también será responsable de hacer un seguimiento de los clientes referidos e instalados en un Programa de Refugio Especializado DMH tras ser liberados de prisión. El equipo hará esfuerzos para realizar la transición de estos individuos del Refugio Especializado a un programa FSP.

Calculamos que, a la fecha, cada semana se liberan alrededor de 77 internos que necesitan vinculación con servicios comunitarios MHSA. A fin de dar servicio a este volumen de internos, el Equipo de Vinculación y Participación Carcelaria estará compuesto por personal profesional, paraprofesional y de apoyo que informará directamente al Jefe de Distrito para Administración de Recursos del Condado. El personal profesional y paraprofesional será asignado a cada SA y colaborará directamente con el Personal Carcelario de Salud Mental asignado a la misma SA.

Los Asesores en Rehabilitación del Equipo de Vinculación y Participación Carcelaria serán asignados a dos Áreas de Servicio y colaborarán con el Personal Carcelario de Salud Mental asignado al Área de Servicio Correspondiente. Asimismo, los Asesores en

Rehabilitación serán reubicados periódicamente en los cuatro Centros WorkSource designados a fin de coordinar la transición de la cárcel a la comunidad.

Los Asesores en Rehabilitación proporcionarán el componente de empleo de los Servicios de Transición y Vinculación Carcelaria. Sus responsabilidades incluirán:

- Ubicación en un Centro WorkSource, 3 o 4 días a la semana, para proporcionar un complemento completo de servicios (clínicos, de empleo y manejo de casos).
- Reuniones con clientes DMH contactados inicialmente en prisión y los referidos de programas FDP al Centro WorkSource.
- Colaborar en el manejo de casos de clientes DMH con personal del Centro WorkSource.
- Participar en el programa Orientación del Centro WorkSource, que proporciona servicios de salud mental a los clientes WorkSource.
- Referir clientes WorkSource a servicios pertinentes de salud mental o dependencia de sustancias.
- Proporcionar capacitación al personal WorkSource y personal asociado sobre temas identificados pertinentes a salud mental, como resolución de conflictos y manejo del estrés.
- Incluir al personal del Centro WorkSource y socios interesados en cualquier oportunidad de capacitación pertinente proporcionada por el Departamento de Salud Mental del Condado o sus agencias asociadas.

Inversiones en Desarrollo de Sistemas para Adultos Mayores de 60 años o más

Las Inversiones en Desarrollo de Sistemas para adultos mayores pretenden iniciar un sistema completo de atención para adultos mayores con enfermedad mental. A todas luces, el sistema actual es inadecuado para satisfacer las necesidades de esta creciente población en el Condado de Los Ángeles.

Las Inversiones en Desarrollo de Sistemas para adultos mayores estarán dirigidas a satisfacer las necesidades de individuos con enfermedad mental grave y crónica que hayan formado parte del sistema de atención para adultos y ahora, por su edad, ingresan en el sistema de atención para adultos mayores -así como individuos con enfermedad mental de inicio tardío.

Equipo de Diseño para la Transformación: El Equipo de Diseño para la Transformación habrá de utilizar fondos para Servicios y Apoyos Comunitarios con objeto de transformar el Sistema de Atención para Adultos Mayores (OA, por sus siglas en inglés) del condado de Los Ángeles. El dinero para “Diseño de Transformación” servirá para identificar, diseminar y evaluar servicios clínicos de valor, basados en evidencias y prometedores para adultos mayores. La capacidad para promulgar y evaluar prácticas emergentes es crítica para el Condado de Los Ángeles, conocido por la rica diversidad cultural, étnica y lingüística de su

población. Es un área donde las prácticas prometedoras y culturalmente relevantes pueden evolucionar con base en el conocimiento y la experiencia de clínicos, ciudadanos, familias y cuidadores alternativos/indígenas. El componente de Diseño para la Transformación del plan CSS creará la oportunidad de identificar y desarrollar prácticas prometedoras y brindar apoyo a quienes posean conocimientos derivados de la experiencia, pero carecen de la capacidad de evaluar objetivamente el éxito de sus estrategias.

El programa Diseño para la Transformación de CSS estará enfocado en prácticas de transformación que tengan consistencia con las prioridades identificadas en el plan CSS del Estado. Algunos ejemplos incluyen:

- Estrategias de recuperación específicas para adultos mayores, como empleo, voluntariado y programas de educación continua.
- Tratamiento integral con base en resultados para trastornos concurrentes de adultos mayores -incluidos nuevos programas que se desarrollarán debido a los cambiantes patrones en el abuso de sustancias y las enfermedades mentales derivadas del envejecimiento de los “baby boomers” (personas nacidas al término de la Segunda Guerra Mundial).
- Prácticas culturalmente sensibles y basadas en evidencias o prometedoras para evaluar y tratar a los adultos mayores, incluidas estrategias de evaluación que integran a los proveedores de atención médica primaria en el equipo terapéutico.
- Uso de apoyos comunitarios, familiares y paritarios, culturalmente sensibles, para proporcionar servicios que incluirán los siguientes: intercesores y asesores paritarios, familiares y cuidadores alternativos/indígenas.
- Prácticas óptimas para adultos en edad de transición, incluidas capacitación y servicios de consultoría para proveedores adultos que trabajan con adultos en edad de transición que “envejecerán” sin salir del sistema de atención para adultos, así como desarrollo de programas de transición que ayuden a los adultos a migrar de ASOC a programas OASOC.

La oportunidad de transformar el Sistema de Atención para Adultos Mayores en el Condado de Los Ángeles ocurre en un momento crítico. A la fecha, el continuo de atención consiste de un equipo de evaluación para todo el Condado y cinco proveedores contratistas especializados que dan servicio a los adultos mayores. Los servicios de tratamiento especializado para este grupo de edad sólo se encuentran en las ocho Áreas de Servicio del Condado, mientras que los servicios generales están ubicados en otras dos Áreas de Servicio. Aunque el Departamento está dedicado a desarrollar competencias de personal básicas para evaluar y tratar a los adultos mayores, los recientes cambios profesionales y sociales tienen un dramático efecto en el campo. Debido, particularmente, a la acelerada expansión de prácticas basadas en evidencias y al significativo crecimiento de población que ingresa en el segmento de edad de los adultos mayores (debido a que la generación de baby boomers se aproxima ya a los 60

años), es necesario modificar el desarrollo de programas y supervisar resultados como fundamento del plan de Servicios y Apoyos Comunitarios. Las estrategias de Diseño para la Transformación propuestas pretenden beneficiar a dos subgrupos identificados dentro del grupo de adultos mayores: individuos de 60-64 años de edad y los de 65 años o más. Asimismo, los servicios propuestos estarán enfocados en las necesidades altamente especializadas de los individuos mayores de 75 años -grupo que ha crecido de manera muy marcada.

A fin de alcanzar estos objetivos, se reclutarán individuos con experiencia en diseño, desarrollo y evaluación de programas para adultos mayores. Los dólares adicionales se usarán para retener el servicio de consultores con experiencia en situaciones especiales como suicidio entre ancianos, psicofarmacología y envejecimiento, o tratamiento integrado de trastornos concurrentes en adultos mayores. Ese personal desarrollará la información básica sobre los servicios y las necesidades existentes, identificará prácticas prometedoras o basadas en evidencias, y evaluará el éxito de las estrategias implementadas. También se obtendrá la retroalimentación de ciudadanos, familias y partidarios.

Se espera que la inversión propuesta en Diseño para la Transformación trascienda los programas implementados mediante la Ley de Servicios de Salud Mental. El trabajo del programa de Diseño para la Transformación impactará los servicios para adultos mayores con fuentes de fondos existentes -apalancando significativamente los recursos disponibles mediante la Ley de Servicios de Salud Mental.

Servicios Clínicos de Campo: El desarrollo de servicios clínicos de campo en el Condado de Los Ángeles es una prioridad del Sistema de Atención para Adultos Mayores. Como se señala antes, los servicios de tratamiento especializado para adultos mayores y sus familias sólo están disponibles actualmente en ocho Áreas de Servicio, en tanto que los servicios generales se proporcionan en otras dos áreas de servicio. Los servicios de campo que brinden equipos interdisciplinarios de profesionales capacitados para trabajar con adultos mayores, serán ofrecidos dentro de la comunidad en los lugares que prefieran los clientes, como atención domiciliaria, complejos de vivienda públicos/para ancianos, centros para la tercera edad, clínicas de salud mental y consultorios de médicos de atención primaria. Los servicios específicos incluyen:

- Extensión y participación
- Evaluación biopsicosocial
- Tratamiento individual y familiar
- Apoyo para medicamentos
- Apoyo para vinculación y manejo de casos
- Tratamiento especializado para trastornos concurrentes
- Asesoría paritaria, educación y apoyo familiar

Los equipos para atención clínica de campo también incluirán interconsultas con gerontopsiquiatras, geriatras, gerontofarmacéutas y neuropsicólogos. Los equipos para servicio clínico de campo coordinarán la atención con los servicios pertinentes de emergencia psiquiátrica para adultos mayores y servicios de apoyo para conservaduría (tanto LPS como legalizados).

Los servicios clínicos de campo estarán enfocados en las necesidades de adultos mayores de entre 60 y 64, y de 65 años o más. Conforme se desarrolle el programa, también se hará énfasis en los servicios especializados para mayores de 75 años. Los grupos partícipes han recomendado otorgar fondos para servicios clínicos de campo debido a que, a la fecha, no están disponibles en muchas áreas del Condado de Los Ángeles. Asimismo, expandir servicios a los adultos mayores volverá prioritarias las necesidades de quienes tradicionalmente han sido desatendidos o mal atendidos. Este segmento incluye clientes que necesitan de una gran intervención para acceder y mantener los servicios (por ejemplo, individuos paranoicos que tienen miedo del “sistema”), individuos que tienen grave enfermedad mental y/o aislados, que se han abandonado o sufren maltrato, y otros adultos desamparados. Por último, el personal de servicios clínicos de campo estará enfocado en individuos no asegurados, inmigrantes indocumentados y/o individuos monolingües que no hablan inglés. Otras fuentes de fondos para este programa incluyen Medi-Cal y Medicare.

En contraste con muchos programas existentes basados eminentemente en clínicas, los servicios clínicos de campo que reciban fondos de MHSA estarán dedicados a garantizar que se proporcionen servicios en los lugares preferidos por los usuarios. Esto incluye, por ejemplo, la opción de concertar servicios simultáneos con proveedores de atención de la salud física o brindar servicios en colaboración con los proveedores médicos primarios.

Extensores de Servicios para Adultos Mayores: Abarcar a los adultos mayores de una manera sensible a sus necesidades y cultura incluye proporcionar servicios en asilos, instalaciones residenciales y otros emplazamientos comunitarios. Cada programa de Extensores de servicios reclutará asesores paritarios a sueldo y/o voluntarios, así como familiares que ayuden a aliviar las inquietudes de los adultos mayores y sus familias, incluyendo:

- Aislamiento del anciano confinado en su domicilio
- Pérdida de sistema de apoyo debido a muerte y discapacidad de familiares y apoyos paritarios
- Desorientación y decadencia cognoscitiva cuando los adultos mayores deben enfrentar el desplazamiento entre los distintos niveles de atención e institucionales (por ejemplo, cuando el adulto mayor es hospitalizado o debe ingresar en una institución de cuidados especiales o un centro de vivienda asistida)

- Dificultades para los familiares que requieren de información sobre salud mental y apoyo emocional para sobrellevar las cambiantes circunstancias de sus seres queridos.

El apoyo para los miembros de la familia ayudará a reducir el nivel de estrés y también garantizará que mantengan contacto y relación con el cliente.

Los extensores de servicios están incluidos dentro del plan de Servicios y Apoyos Comunitarios para Adultos Mayores. Los siguientes componentes del Programa de Extensores de Servicios están diseñados para satisfacer las necesidades antes descritas:

Se contratarán asesores paritarios/"puentes paritarios" que formen parte de los equipos clínicos de campo para visitar a los adultos mayores en sus residencias. Proporcionarán apoyo y asesoría y ayudarán a reducir el aislamiento. Los asesores paritarios también recibirán capacitación para identificar e intervenir con adultos mayores que corran riesgo de maltrato, abandono discapacidad, elevando así la red de seguridad para los más vulnerables. Los asesores paritarios/"puentes paritarios" también brindarán apoyo y asistencia a los adultos mayores en la transición de y hacia hospitales y otras instalaciones residenciales (por ejemplo, volver a casa al salir del hospital). Como miembros de los equipos clínicos de campo, proporcionaran apoyo continuo, ayudarán a los adultos mayores a adaptarse a sus nuevos ambientes y establecerán o restablecerán vínculos con individuos y servicios.

Agencias especializadas en adultos mayores podrán desarrollar programas de asesores paritarios voluntarios. Contratarán personal para capacitar, vigilar y supervisar a los asesores paritarios voluntarios de estos programas especializados.

Los miembros de la familia que tengan experiencia de vida apoyando a los adultos mayores con enfermedad mental, recibirán capacitación para brindar educación y grupos de apoyo a otros.

Todos los componentes del programa de Extensores de Servicio estarán enfocados en las necesidades de grupos bien definidos de adultos mayores que hagan uso de servicios de salud mental y sus familias:

- Adultos Mayores de 60 a 64 años de edad;
- Adultos Mayores de 65 a 84 años de edad; y
- Adultos Mayores de más de 85 años de edad.

Capacitación para Adultos Mayores: El Programa de Capacitación CSS para proveedores de servicios para adultos mayores estará dedicado a desarrollar un sistema transformador que cambiará las actitudes y conocimientos sobre recuperación, apoyo paritario y mejores prácticas de emergencia para adultos mayores de diversos ámbitos culturales. En combinación con el programa de Equipos de Diseño para la Transformación antes descrito, el Programa de

Capacitación CSS proporcionará educación a profesionales, ciudadanos, familiares y socios comunitarios (por ejemplo, proveedores primarios de atención de la salud, primeros respondedores, personal de centros para la tercera edad) en lo tocante a servicios clínicos prometedores y basados en valores que puedan apoyar los objetivos de los clientes.

A fin de alcanzar el objetivo de desarrollar modelos de tratamiento integrados para adultos mayores, el programa de capacitación utilizará capacitación directa y cruzada para gran variedad de individuos, incluidos (pero no limitados a):

- Clientes que servirán como asesores paritarios/”puentes paritarios”
- Familiares que dirigirán grupos de apoyo y educación para otras familias de la comunidad
- Cuidadores primarios y otros profesionales de la salud asociados
- Primeros respondedores
- Personal de organizaciones comunitarias como centros para la tercera edad, servicios de apoyo domiciliario y organizaciones religiosas
- Personal multidisciplinario de salud mental

Los temas de capacitación y el currículo estarán diseñados para abarcar las características de los múltiples sistemas de servicios de salud mental para adultos mayores con base en un enfoque biopsicosocial. Los componentes incluyen los siguientes elementos contemplados en los lineamientos CSS:

- Capacitación de transformación enfocada en cambiar las actitudes para apoyar programas de asesoría paritaria/”puentes paritarios” (consulte la sección sobre Extensores de Servicios).
- Educación para proveedores primarios de atención y otros proveedores de atención de la salud a fin de incrementar la coordinación e integración entre los servicios de salud mental, atención primaria y otros servicios de salud.

Los temas adicionales que apoyan los valores y las prioridades de la Ley de Servicios de Salud Mental incluyen:

- Intervenciones eficaces; prácticas prometedoras y basadas en evidencias para poblaciones culturalmente diversas
- Modelos de recuperación para adultos mayores
- Tratamiento integrado de trastornos concurrentes entre poblaciones de adultos mayores
- Desafíos para los adultos en edad de transición
- Empleo y voluntariado para adultos mayores
- Opciones de vivienda para adultos mayores
- Comprensión de los beneficios; establecimiento de beneficios
- Estigma, envejecimiento: influencia en proveedores, clientes y familia
- Problemas del envejecimiento en el desarrollo/ciclo de vida
- Competencia Cultural y Servicios de Salud Mental para Adultos Mayores

- Métodos de evaluación/herramientas de selección para grupos étnica y lingüísticamente diversos

INVERSIONES CRUZADAS PARA TODOS LOS GRUPOS DE EDAD

Además de las recomendaciones específicas por edad para el desarrollo de sistemas, los delegados han desarrollado recomendaciones para varias iniciativas que beneficiarán a todos los grupos. Éstas incluyen recomendaciones para:

- Equipos de Navegadores de Áreas de Servicio
- Una vasta gama de servicios alternativos para crisis
- Esfuerzos de planificación, extensión y participación; y
- Administración del plan CSS

Equipos de Navegadores de Áreas de Servicio

Una de las premisas fundamentales del plan CSS del Condado de Los Ángeles es el concepto de que, por sí solos, los servicios humanos proporcionados profesionalmente con fondos públicos no dan los resultados que buscamos para las personas que enfrentan problemas de salud mental.

Los fondos de MHSA representan, en última instancia, apenas 15-20% del presupuesto total LA DMH: el plan CSS representa menos de 10% del presupuesto del Departamento. Con todo lo prometedor que son estos nuevos fondos, si tenemos el compromiso de obtener los resultados de MHSA para todas las personas del Condado de Los Ángeles que luchan con problemas de salud mental, debemos construir estructuras que permitan que la gente identifique con mayor celeridad los servicios y apoyos, tanto profesionales como comunitarios, que necesitan para alcanzar la recuperación y fortalecer su capacidad de lograr el bienestar.

Los Equipos de Navegadores de Áreas de Servicio serán una estructura determinante para ayudar a los individuos a encontrar los apoyos formales e informales que requieren. Empezaremos por establecer un equipo para Navegación de Área de Servicio en cada una de las ocho Áreas de Servicio. Los miembros del equipo y sus colaboradores:

- Trabajarán con personas y las familias que necesitan servicios para identificar rápidamente los servicios disponibles actualmente, incluidos apoyos y servicios adecuados a la identidad cultural, étnica, de edad y género de quienes los solicitan;
- Reclutarán organizaciones comunitarias y proveedores profesionales de servicios para participar en una red local comunitaria, activa y siempre creciente, dirigida a los habitantes del Área de Servicio, incluidos los más afectados por problemas de salud mental;

- Harán un seguimiento de las personas con quienes han trabajado para asegurar que estén conectadas con estructuras de apoyo y reciban la ayuda que necesitan;
- Usarán tecnología de información y otros medios para acotar y mantenerse al día en cuanto a la disponibilidad actual de servicios y apoyos en el Área de Servicio;
- Colaborarán en esfuerzos de planificación conjuntos con socios comunitarios, incluidas organizaciones comunitarias, otros Departamentos del Condado, personal interdepartamental, escuelas y programas de servicios de salud, a fin de incrementar el acceso a los servicios de salud mental y fortalecer la red de servicios humanos disponible a los clientes del sistema de salud mental;
- Colaborarán con los Servicios para Administración de Recursos, Residenciales y Puente de todo el Condado, así como en las iniciativas de Servicios de Transición y Vinculación Carcelaria con objeto de facilitar la reintegración comunitaria de los individuos que hayan sido objeto de atención institucional y servicios psiquiátricos de emergencia/internamiento agudo; y
- Promoverán la conciencia en temas de salud mental, así como los compromisos con la recuperación, el bienestar y la autoayuda inherentes a la Ley de Servicios de Salud Mental.
- Estarán familiarizados y tendrán la capacidad de establecer vínculos adecuados con diversos servicios y apoyos que ayuden a personas con trastornos concurrentes, haciendo énfasis especial en los trastornos de abuso de sustancias.

Los miembros de los Equipos Navegadores de Áreas de Servicio visitarán regularmente organizaciones comunitarias, programas emergentes y bien establecidos de salud y salud mental, agencias judiciales, escuelas, cortes, instalaciones residenciales, capítulo NAMI, grupos de autoayuda, grupos de intercesión para clientes y otros organismos. Este modelo proporciona la infraestructura base para implementar un sistema de atención que responda a las necesidades locales de comunidades, clientes y familias.

Los equipos Navegadores de cada Área de Servicio contarán con un personal equilibrado de trabajadores comunitarios, personas que hayan recibido servicios, intercesores de la familia, familiares y profesionales en salud mental. Aunque el diseño de dichos equipos será variable, dependiendo del Área de Servicio, cada uno reflejará el carácter y las necesidades peculiares del Área y reclutará miembros que, en conjunto, estén familiarizados y tengan experiencia en todos los grupos de edad, incluidos los desafíos específicos que enfrenta cada grupo de edad y las características distintivas de las redes de apoyo para cada grupo.

Un aspecto común a los equipos, según el consenso de los delegados, es el enfoque en la función y distribución de los especialistas en jóvenes en edad de transición. Dichos especialistas estarán divididos en dos grupos: especialistas

destacados en los Centros de Recursos de Transición (TRC, por sus siglas en inglés) y los Centros de Paso de todo el Condado; y especialistas que “flotarán” entre campamentos, refugios y otros lugares que atraen TAY desatendidos o mal atendidos con graves enfermedades mentales/trastornos emocionales.

Estos especialistas serán parte de los equipos de Áreas de Servicio aun cuando estén destacados en distintos lugares. Los especialistas deberán tener experiencias de vida directa con muchos de los problemas que enfrentan los clientes TAY, así como las destrezas de relación necesarias para establecer una buena comunicación con ellos.

Algunas responsabilidades clave de estos especialistas TAY incluirían:

- Ayudar a expandir la capacidad de los TRC y otras estructuras para abarcar y dar asilo seguro a los clientes TAY, desarrollando su conocimiento vigente activo sobre la variedad de recursos disponibles para ese sector de la población.
- Realizar selecciones de elegibilidad Medi-Cal y evaluaciones clínicas iniciales para jóvenes que, hasta ese momento, no estén inscritos en sistema alguno (labor distinta de la expectativa para trabajadores de educación y extensión especializados en niños y adultos).
- Ganarse la confianza de la población TAY y referir casos a organizaciones que proporcionen asistencia eficaz.
- Intercesión y manejo de casos a corto plazo.

Servicios Alternativos para Crisis

En los últimos años, los Servicios de Emergencia Psiquiátrica (PES, por sus siglas en inglés) en todos los hospitales del Condado han enfrentado condiciones de sobrecapacidad debido a una grave escasez de recursos comunitarios, particularmente entre quienes no están asegurados. Conforme los hospitales del Condado eran impactados, las camas de las salas de emergencia de los hospitales comunitarios locales se llenaron de individuos que tenían una enfermedad mental, muchos de ellos desamparados y/o experimentando un trastorno concomitante de abuso de sustancias. Las condiciones de saturación de la sala de emergencias y la carencia de recursos comunitarios esenciales para la atención posterior se han combinado para crear una crisis en el sistema de emergencias del Condado de Los Ángeles.

Dada la crisis, los delegados han acordado, con base en el compromiso de la Junta de Supervisores, garantizar la transformación a largo plazo de dichos servicios, recomendar una inversión significativa de fondos para desarrollo de sistemas con miras a mejorar los Servicios de Emergencia Psiquiátrica del Condado de Los Ángeles.

Las recomendaciones pretenden mejorar significativamente dichos servicios para los jóvenes y sus familias, y para los adultos y adultos mayores. Algunos delegados se muestran escépticos del potencial de esos servicios para cubrir los requisitos mínimos del plan CSS de reflejar un compromiso con la recuperación y el bienestar, y reducir el internamiento institucional de individuos

con enfermedad mental grave y persistente o trastornos emocionales graves. Es necesario realizar una planificación muy detallada antes que las recomendaciones adoptadas por los delegados puedan implementarse de manera cotidiana y operativa de forma que reflejen esos compromisos mínimos con la recuperación y el bienestar.

Esta inversión recomendada incluye recomendaciones para cuatro iniciativas relacionadas, aunque claramente diferenciadas.

- Centros de Atención de Urgencia;
- Manejo de Recursos en todo el Condado;
- Servicios Residenciales y de Puente; y
- Servicios Residenciales Enriquecidos

Centros de Atención de Urgencia: El programa de Centros de Atención de Urgencia (UCC, por sus siglas en inglés), actualmente en evaluación y desarrollo en diversos lugares del condado –por ejemplo, en el Centro de Salud Mental Augustus F. JHawkins y el Centro Médico Olive View– proporcionará servicios intensivos para crisis y tratamiento integrado para trastornos concurrentes (COD, por sus siglas en inglés) a individuos que, de lo contrario, serían conducidos a un hospital de Servicios de Emergencia Psiquiátrica (PES) del Departamento de Servicios de Salud (DHS) del Condado. Esos individuos tienen poca probabilidad de requerir hospitalización psiquiátrica o atención médica, aunque necesitan manejo de medicamentos, estabilización y vínculos con servicios comunitarios continuos. Proporcionar servicios de intervención en crisis a clientes de un UCC con enfoque en la recuperación y vinculación con servicios continuos de salud mental comunitarios permitirá canalizar clientes que, de lo contrario, acudirían a PES y agravarían las condiciones de sobrepoblación en esas instituciones. Los clientes evaluados en PES a menudo son retenidos durante 72 horas, lo que casi siempre conduce a tratamientos de internamiento involuntario prolongados e innecesarios. Este servicio alternativo para crisis promoverá la provisión de atención de salud mental y tratamientos integrados para COD en ambientes de tratamiento voluntario que favorecen la recuperación.

Se hará énfasis en intervenciones intensivas y altamente especializadas, incluidas estabilización rápida, desintoxicación de pacientes ambulatorios, colaboración con especialistas en salud mental y abuso de sustancias, y vinculación con servicios dentro de las comunidades locales. La estancia de los pacientes no será de más de 23 horas. Los servicios incluirán:

- Evaluación psiquiátrica completa, incluyendo evaluación de abuso de sustancias
- Evaluación física básica, incluyendo evaluación de síntomas relacionados con el abuso de sustancias
- Referencia a un tratamiento médico en caso necesario
- Tratamiento y servicios individualizados de salud mental
- Servicios limitados de desintoxicación
- Intervenciones grupales, por ejemplo, sesiones AA en la unidad
- Confrontación del paciente con problemas concurrentes de abuso de sustancias
- Intervención en crisis, incluyendo intervenciones familiares cuando sea necesario

- Manejo de medicamentos
- Evaluación a domicilio y envío a viviendas de emergencia, transitorias y permanentes
- Canalización a programas de Sociedades de Servicio Completo (FSP)
- Evaluación de situaciones financieras e inicio del proceso de establecer beneficios cuando esté indicado
- Canalización a programas para abuso de sustancias, en particular los que tengan capacidad para recibir personas con enfermedad mental concurrente
- Canalización a servicios de empleo, autoayuda, administración de dinero y recursos comunitarios de recreación, interacción social, etcétera
- Canalización y vinculación con centros comunitarios de salud mental en las comunidades de los clientes; vinculación con los proveedores de servicios existentes del cliente
- Canalización a programas de Centros de Bienestar y Apoyo Operados por Clientes

Diversos estudios han demostrado que cerca de 70 por ciento de los clientes de PES tienen problemas de abuso de sustancias. El componente COD de un plan UCC, a través de la Administración del Programa de Alcohol y Drogas (ADPA) de DHS, proporcionará la muy necesitada evaluación en el sitio de abuso de sustancias, así como capacidad para hacer referencias, y comenzará a expandir la capacidad fuera del sitio en programas comunitarios para tratamiento y recuperación de clientes con COD que acudan en situaciones de emergencia. Dichos servicios incluirán desintoxicación, estabilización/tratamiento intensivo de paciente externo, vivienda residencial/de transición y otros servicios de apoyo adecuados a las necesidades de cada paciente individual. Los clientes tendrán acceso y asistencia para acceder a los siguientes tipos de servicios integrados de tratamiento:

Adolescentes (edades de 12-17) – Un continuo de atención que ofrece toda una variedad de estrategias intensivas y basadas en evidencias, y debe ser expandido para abarcar esta población. Los servicios deberán incluir los siguientes:

- Servicios certificados de tratamiento residencial que incluyan estabilización de 24 horas, manejo de caso clínico y asesoramiento terapéutico; la estancia de tratamiento máxima será de 60 días.
- Servicios intensivos certificados e integrales para pacientes externos, ofreciendo colocación de apoyo, asesoría terapéutica individual, familiar y grupal, y servicios de apoyo al cliente adecuados a las necesidades de cada individuo.
- Servicios integrados menos intensivos para pacientes externos, que proporcionen servicios de manejo de casos y servicios de apoyo para clientes adecuados a las necesidades de cada individuo.
- Servicios continuos de apoyo para la recuperación que ofrezcan una amplia gama de programas de apoyo para jóvenes y sus familias, como sesiones para prevención de recaídas, sesiones de grupo para autoayuda y apoyo paritario y otras actividades de fortalecimiento que promuevan la resiliencia y la consecución de la recuperación y el bienestar.

Adultos (edades de 18 y mayores, incluidos jóvenes en edad de transición de 18 años y más, adultos y adultos mayores) – El continuo completo de servicios de tratamiento integrado incluirá servicios de desintoxicación, estabilización y atención intensiva del paciente externo con vivienda de apoyo y apoyo continuo para la recuperación. El siguiente continuo de atención, que ofrece una completa variedad de intensidades y tipos de servicios integrados basados en evidencias para enfermedad mental y abuso de sustancias, es necesario para abordar de manera integral las necesidades específicas de esta población:

- Servicios de desintoxicación residencial a corto plazo con apoyo médico, que proporcionen además estabilización y capacidades de canalización.
- Servicios residenciales certificados que ofrezcan servicios clínicos y de tratamiento integrado de 24 horas.
- Servicios de asesoría intensivos y certificados para pacientes externos que incluyan servicios de asesoría clínica individual, familiar y grupal, manejo de casos y asistencia para vivienda de apoyo.
- Servicios de asesoría certificados y menos intensivos para pacientes externos, que proporcionen servicios de apoyo para clientes adecuados a las necesidades de cada individuo.
- Servicios continuos de apoyo para la recuperación que ofrezcan una amplia gama de programas de apoyo para jóvenes y sus familias, como sesiones para prevención de recaídas, sesiones de grupo para autoayuda y apoyo paritario y otras actividades de fortalecimiento que promuevan la resiliencia y la consecución de la recuperación y el bienestar.

Los resultados esperados de UCC incluyen los siguientes:

- Reducir la sobrecarga en PES del Condado de Los Ángeles mediante un menor tiempo de estancia y un censo diario disminuido.
- Reducir la cantidad de acontecimientos adversos en las salas de emergencia psiquiátricas de los hospitales del Condado.
- Reducir la tasa de hospitalización entre recipientes de servicios intensivos (grandes usuarios/ISR) que reciben servicios de UCC.
- Reducir el uso de PES por parte de los grandes usuarios.
- Aumentar la estancia comunitaria (tiempo de convivencia y trabajo en la comunidad) entre personas que reciben servicios de UCC.
- Cambiar las conductas de uso de sustancias (usar menos, asistir a reuniones, clases, etcétera).
- Mejorar y fortalecer el acceso, la vinculación y la transición entre los servicios de crisis y los programas comunitarios.
- Planificar, desarrollar e implementar programas que respalden el objetivo de incrementar el acceso a los servicios de salud mental comunitarios, por ejemplo, programas de apoyo residenciales y de vivienda, y participación en FSP para personas que abandonan los niveles superiores de atención.

- Identificar y eliminar barreras sistemáticas a la provisión de servicios coordinados de salud mental utilizando programas, proveedores, departamentos y agencias del Condado y Estatales.

Programa para Administración de Recursos del Condado: El Programa para Administración de Recursos del Condado, estrategia administrativa del Departamento de Salud Mental (DMH), proporcionará funciones generales administrativas, clínicas, de integración y administración fiscal para los siguientes recursos departamentales; pacientes internos agudos (personas no aseguradas); institucionales a largo plazo para adultos/adultos mayores; residenciales para crisis; residenciales intensivos; y residenciales de apoyo (retiro IMD). La capacidad diaria será de más de 1200 personas. El Programa de Fondos Interinos del Departamento y los propuestos Servicios Residenciales y de Puente, así como los Servicios de Transición y Vinculación Carcelaria también quedarán bajo la dirección de este programa.

Mediante la centralización administrativa de estos recursos del Condado, el programa será vital para el éxito del plan CSS, pues mejorará la capacidad de los individuos para evitar o reducir la estadía en ambientes institucionales y de tratamiento involuntario. El personal para esta iniciativa estará integrado por un Jefe de Distrito Clínico en Salud Mental y un Analista en Salud Mental.

Las responsabilidades del Programa para Administración de Recursos del Condado incluirán:

- Responsabilidad sobre los aspectos generales de administración, clínica, integración y fiscales de todos los recursos del programa;
- Funciones de coordinación para maximizar el flujo de clientes entre los niveles superiores e atención y los servicios y apoyos comunitarios para salud mental;
- Planificación e implementación continua de programas para promover la transición de individuos que residen en instituciones de atención a programas comunitarios que promuevan la recuperación y reduzcan la frecuencia de hospitalización, encarcelamiento y colocación en Instituciones para Enfermedades Mentales (IMD);
- Negociación y administración de contratos multimillonarios entre el Condado y hospitales o proveedores comunitarios y de atención a largo plazo;
- Dirigir y coordinar revisiones de programas y evaluaciones de resultados, a fin de garantizar que los servicios prestados satisfagan las necesidades peculiares de los clientes atendidos, incluidos aquellos con trastornos de conducta concurrentes, y que dichos servicios cumplan con los términos de los contratos, así como con los estándares obligatorios Condales, Estatales y Federales; y
- Servirán de interfase con otros departamentos/agencias Condales, Estatales y Federales, la Comisión de Salud Mental, las administraciones

de Áreas de Servicio y los Comités de Asesoría, NAMI y otros partícipes, en lo tocante a recursos del programa y su coordinación, con objeto de asegurar el uso y la coordinación adecuada de recursos.

La actual fragmentación de la provisión de servicios de salud mental contribuye a la dependencia excesiva de costosos recursos para crisis y pacientes internos, así como a detenciones innecesarias. Este programa proporcionará mejor coordinación, vinculación e integración de servicios residenciales y para pacientes internos en todo el sistema, mejorando así los objetivos de MHSA al reducir la hospitalización y detención repetidas, y la necesidad de atención institucional a largo plazo, creando al mismo tiempo el potencial para la vida comunitaria y la recuperación.

Servicios Residenciales y de Puente: Los Servicios Residenciales y de Puente proporcionarán enlaces y intercesores/puentes paritarios del programa DMH que colaborarán en la coordinación de servicios psiquiátricos y apoyos para TAY, adultos y adultos mayores dados de alta de servicios hospitalarios para emergencias psiquiátricas del Condado, unidades de pacientes internos, camas privadas contratadas por el Condado para internamiento de individuos no asegurados con crisis aguda, UCC, IMD, instalaciones residenciales para crisis, residencias intensivas y residencias de apoyo (retiro IMD). El programa garantizará la vinculación con estos clientes al momento del alta, con niveles y tipos adecuados de servicios de apoyo y salud mental, programas residenciales, para abuso de sustancias y otros programas especializados. El programa promoverá la expectativa de que los clientes deben reintegrarse con éxito a las comunidades al momento del alta y que todos los proveedores de atención deben participar en las transiciones de sus clientes. El Programa para Administración de Recursos del Condado administrará y coordinará los Servicios Residenciales y de Puente.

Este programa utilizará fondos CSS para respaldar las siguientes estrategias:

- En ambientes de pacientes internos, el personal identificará a los Recipientes de Servicios Intensivos (ISR) inscritos en Sociedades de Servicio Completo o programas similares –por ejemplo, AB 2034 y programas de Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT)- o atendidos por otros proveedores de servicios para pacientes externos, y vinculará a los proveedores con los equipos de tratamiento del hospital con miras a coordinar el tratamiento y planificar el alta.
- Enlaces e intercesores paritarios colaborarán con los equipos de pacientes internos, emergencias y tratamiento residencial para ayudar al desarrollo de planes posteriores a la atención de los pacientes identificados con necesidades de servicio intensivo y complicado que no estén ya inscritos en FSP/AB 2034 o programas ACT.

- El programa coordinará la planificación del alta con Navegadores de Área de Servicio para asegurar que los individuos tengan acceso a los recursos necesarios en sus áreas geográficas.
- Enlaces e intercesores colaborarán con proveedores comunitarios para facilitar la vinculación con recursos de la comunidad. Esto incluye coordinación con programas para abuso de sustancias, clínicas de salud mental, proveedores residenciales, FSP, grupos de autoayuda y servicios de puente. El programa asegurará la continuidad de la atención y el apoyo al consumidor durante el proceso del alta.
- El personal ayudará en las actividades para establecimiento de beneficios con objeto de asegurar que las solicitudes de beneficio sean generadas de manera oportuna. Esto incluirá actividades de intercesión e identificación de barreras del sistema que impidan el establecimiento de beneficios.
- El programa identificará barreras del sistema, incluidas sociales y financieras, para lograr la exitosa reintegración de individuos en el ámbito comunitario y laboral, mientras que otros programas departamentales y agencias comunitarias resuelven estas barreras.
- El programa utilizará una estrategia de recuperación orientada al tratamiento y enfocada en fortalezas, el cual facultará a los clientes para fijar sus propias metas hacia la reintegración comunitaria, desarrollar destrezas para volverse autosuficientes y enriquecer la capacidad para elevar los actuales niveles de funcionamiento comunitario.
- El apoyo paritario y la participación familiar serán aspectos importantes del programa para promover la reintegración a la comunidad. Por ejemplo, el programa empleará intercesores paritarios y habrá grupos de autoayuda operados por clientes que proporcionarán apoyo y puentes paritarios.

Servicios Residenciales Enriquecidos: El Programa Residencial Enriquecido será una Instalación Residencial para Adultos (ARF, por sus siglas en inglés) segura, autorizada y aumentada a 48 camas destinada a clientes DMH de 18 a 64 años de edad, quienes hayan sido dados de alta de unidades de internamiento psiquiátrico agudo, instalaciones Residenciales para Crisis o Instituciones para Enfermedades Mentales (IMD). Este programa, proporcionado por un contratista DMH, incrementará los recursos residenciales intensivos comunitarios del Departamento, dedicados a romper el ciclo de costosa atención de emergencia e internamiento, y a promover una exitosa reintegración comunitaria.

El programa estará dirigido a aquellos individuos en niveles superiores de atención que requieran de servicios de apoyo en salud mental para realizar la transición hacia una colocación comunitaria estable y prepararse para una vida comunitaria más independiente. Algunas características esenciales del programa incluyen:

- El periodo de estancia anticipado será de dos a seis meses.
- El programa ofrecerá capacidad para emergencias 24/7 y programación especializada.

- El personal incluirá profesionales certificados en salud mental, trabajadores de salud mental, asesores certificados en drogas y alcohol, intercesores familiares y paritarios.
- Conforme los clientes evolucionen, podrán realizar la transición hacia Sociedades de Servicio Completo, un ambiente de vida independiente y participarán en actividades vocacionales de la comunidad.
- El programa proporcionará tratamiento individual y grupal, apoyo para medicación, intervención en crisis, manejo de casos y servicios de rehabilitación vocacional.
- El apoyo paritario y la participación familiar serán el enfoque primario del programa a fin de promover la reintegración comunitaria antes que el cliente sea dado de alta del programa. Por ejemplo, habrá un Proyecto Regreso -grupo de autoayuda administrado por clientes con puentes paritarios, intercesores de apoyo paritario DMH y otros puentes.
- MHSA, Medi-Cal, Medicare u otros ingresos de terceros servirán de apoyo al programa.
- Los resultados serán consistentes con los especificados en el plan CSS.

Planificación, extensión y participación

Desde el inicio del proceso de planificación CSS, los delegados proyectaron asignar una parte de los fondos continuos para apoyar la *planificación continua, esfuerzos para involucrar a las comunidades* tradicionalmente desatendidas en el sistema de salud mental y trabajar para *construir la infraestructura necesaria para rastrear* resultados a través del tiempo. Cuando el Departamento de Salud Mental de California creó la oportunidad de fondos únicos y designó los esfuerzos de planificación, extensión y participación como usos permitidos para dichos fondos, los delegados prepararon un plan para:

- Desarrollar una muy agresiva campaña de extensión y participación durante el segundo semestre de AF 2005-06 con fondos únicos;
- Construir la necesaria infraestructura para planificación y resultados con fondos únicos; y
- Asignar alrededor del 5% de los fondos continuos de AF 2006-07 y AF 2007-08 (\$4.5 millones de dólares para cada año) a los esfuerzos continuos de planificación, extensión y participación.

Costos administrativos

Los delegados acordaron calcular los costos administrativos en que incurrirá el Departamento durante los tres primeros años de administración de la iniciativa global de Servicios y Apoyos Comunitarios en \$4.5 millones de dólares anuales. Los planes adicionales desarrollados bajo la Ley de Servicios de Salud Mental requerirán de costos administrativos adicionales.

Los delegados diferenciaron entre los costos administrativos en que incurrirá el Departamento para administrar la iniciativa global y los costos administrativos en que incurrirán los proveedores que administren programas específicos. Aunque los delegados

acordaron que los porcentajes de los proveedores deben contemplar costos administrativos razonables, varios delegados abordaron el asunto de que los costos en que incurren los proveedores para *diseñar* un programa muchas veces no se recupera en las estructuras de tarifas por servicios prestados. Los delegados acordaron analizar este asunto en las etapas de diseño e implementación de cada una de las iniciativas que utilicen fondos del plan de Servicios y Apoyos Comunitarios.

RECOMENDACIONES PARA FONDOS ÚNICOS

Los delegados llegaron a un consenso sobre seis inversiones prioritarias para los fondos únicos proyectados disponibles para el Condado de Los Ángeles. Entendemos que todos los esfuerzos que utilicen dichos fondos únicos deberán concluir a más tardar el 30 de Junio de 2006. Las inversiones prioritarias incluyen:

- Una Reserva Prudencial;
- Un Fondo Fideicomisario de Vivienda;
- Iniciativas únicas para Capacitación y Desarrollo de una Fuerza de Trabajo;
- Inversiones en Extensión y Participación;
- Inversiones en infraestructura para Planificación y Resultados; e
- Infraestructura del Sistema

Creemos que estas inversiones están permitidas de manera específica bajo los lineamientos para fondos únicos descritos en DMH Carta No. 05-06, fechada en Septiembre 2, 2005.

Una Reserva Prudencial: La legislación de la Ley de Servicios de Salud Mental especifica el establecimiento de una Reserva Prudencial para que los Condados puedan sobrellevar las fluctuaciones anuales de los fondos para MHSA. En DMH Carta No. 05-06, fechada en Septiembre 2, 2005, se establece como objetivo final de esta reserva la asignación CSS del Condado para un semestre del primer año. En el Condado de Los Ángeles, esa cantidad sería de \$44,896,400 dólares. Aunque inicialmente recomendamos una inversión de \$9,046,400 dólares en este fondo de reserva, en la medida de que no podemos cubrir nuestros objetivos adicionales para gastos de fondos únicos, esperamos poder desplazar los fondos únicos no utilizados en el fondo de reserva para asegurar que el Condado de Los Ángeles no pierda dichos fondos.

Fondo Fideicomisario para vivienda: Los delegados recomendaron asignar \$11,6 millones de dólares en fondos únicos para capitalizar el Fondo Fideicomisario de vivienda y apoyar el desarrollo de nuevas viviendas de apoyo permanentes para individuos con discapacidades psiquiátricas, sobre todo quienes están desamparados o viven en Instalaciones Residenciales de Atención, Instituciones para Enfermedades Mentales y otros ambientes como Sober o Collaborative Living.

Los fondos MHSA dedicados a la cuenta del Fondo Fideicomisario se utilizarán para:

- Apalancar otros recursos financieros locales, estatales y federales para desarrollar vivienda de apoyo permanente y rentable para todos los grupos de edad, incluidos niños, menores y familias, jóvenes en edad de transición, adultos y adultos mayores.
- Proporcionar subsidios continuos para renta y servicios de apoyo en el sitio, necesarios para que los desarrolladores de viviendas para necesidades especiales puedan apalancar millones de dólares en fondos de capital. Los compromisos a largo plazo para pagarés de proyecto u otros tipos de subsidios de renta son necesarios para que los desarrolladores de vivienda para necesidades especiales obtengan financiamiento a largo plazo para los costos de capital de nuevos proyectos. Históricamente, los pagarés Sección 8 patrocinados por el gobierno federal han servido a este propósito. Sin embargo, en años recientes se ha observado una dramática caída en la disponibilidad de pagarés Sección 8 para inquilinos y proyectos, tendencia que se espera continúe. El Fondo Fideicomisario de Vivienda llenará el crítico vacío de compromisos para subsidios de renta y servicios de apoyo requeridos para desarrollar viviendas de apoyo permanentes, rentables y seguras.
- Proporcionar vivienda de emergencia para jóvenes emancipados y desamparados durante el proceso de extensión y participación.
- Proporcionar fondos a consultores que ayudan en el proceso de planificación de estrategias para minimizar cualquier oposición vecinal a las viviendas para necesidades especiales en los vecindarios.

El Departamento, conjuntamente con la Junta de Asesoría para el Fondo Fideicomisario de Vivienda (HTFAB, por sus siglas en inglés), establecerá lineamientos administrativos y de programa específicos, describiendo los objetivos del Fondo Fideicomisario de Vivienda, sus beneficiarios, los requisitos básicos de elegibilidad para recibir fondos, el proceso de creación de fondos y los mecanismos para supervisar las operaciones del Fondo Fideicomisario. El Fondo Fideicomisario de Vivienda incluirá representantes de los gobiernos locales y del condado, así como los partícipes pertinentes. Clientes y familias tendrán una representación significativa en la Junta. Asimismo, el Departamento fomentará una amplia variedad de aportaciones de consumidores para HTFAB. Se harán esfuerzos especiales para lograr la participación de desamparados e individuos antes desamparados que se encuentren en distintas etapas de recuperación y procedan de diferentes iniciativas de vivienda, grupos de edad y poblaciones minoritarias.

De los \$11.6 millones de dólares propuestos para la iniciativa de vivienda, los delegados recomiendan destinar \$100,000 dólares como fondos para una iniciativa de planificación y diseño. La finalidad de esta labor planificación y diseño, llamada iniciativa NIMBY (Not in My Backyard), es desarrollar una estrategia continua para responder a las inquietudes y la resistencia local al establecimiento de viviendas de apoyo permanentes para personas con enfermedad mental grave y persistente.

Capacitación y Desarrollo de Fuerza de Trabajo: A fin de cumplir con las fechas de implementación determinadas en el plan CSS del Condado de Los Ángeles, será necesaria una fuerza de trabajo comprometida con la recuperación, fundamentada en los principios de sensibilidad y competencia cultural, y dedicada a alcanzar resultados positivos para quienes están más afectados por problemas de salud mental. La finalidad de esta propuesta de

fondos únicos es dar inicio cuanto antes a los esfuerzos del Condado de Los Ángeles para fortalecer su fuerza de trabajo en salud mental de manera que se asegure el éxito de la Ley de Servicios de Salud Mental.

Los tres grupos blanco de la propuesta incluyen:

- Personas que todavía no laboran en el sistema de salud mental y tienen el compromiso de trabajar en algún nivel del sistema
- Personas que trabajan en el sistema de salud mental u organizaciones, agencias y departamentos asociados
- Personas que participan en programas de obtención de grado que tienen una necesidad urgente demostrada

1. **Grupo blanco:** Personas que no laboran en el sistema de salud mental

d. Este grupo:

- Incluye personas sin título de bachiller, así como personas con título de bachiller
- Incluirá una cantidad sustancial de individuos que reciben servicios, familias, incluidos cuidadores de niños pequeños, y miembros de poblaciones mal atendidas, incluidos grupos étnicos y raciales.

e. Los resultados pretendidos para este grupo como consecuencia de la propuesta incluyen:

- Empleo en el sistema de salud mental proporcionando servicios de salud mental eficaces, incluyendo pero no limitado a trabajos con
 - El Departamento de Salud Mental
 - Organizaciones comunitarias que proporcionan servicios de salud mental
 - Proveedores contratistas
 - Departamentos y organizaciones asociadas
- Mayor comprensión y compromiso con los conceptos de bienestar, recuperación y resiliencia como parte de su labor.

f. El diseño básico de esta población

- Un programa (o programas) intensivo(s) de capacitación y orientación que incluya por lo menos 4 componentes básicos:
 - Clases para dar a conocer a los participantes los elementos esenciales del sistema de salud mental y los elementos esenciales de los servicios de salud mental fundamentados en un compromiso con el bienestar, la recuperación y la resiliencia.
 - Oportunidades de aprendizaje fincadas en la experiencia para que los participantes conozcan directamente uno o más aspectos del sistema de salud mental.
 - Apoyo paritario y de mentores para que los participantes entiendan y aprendan de sus experiencias.
 - Apoyo para obtener empleo al concluir el programa.

- El diseño preciso de esta estrategia será determinado en los próximos meses. Investigaremos los modelos y programas existentes para asegurarnos de cumplir con las limitaciones de tiempo establecidas para fondos únicos.

g. Presupuesto calculado: \$2.5 millones de dólares

2. Grupo blanco: Personas que trabajan en el sistema de salud mental o en organizaciones, agencias y departamentos asociados

a. Este grupo:

- Incluye personal actual de LA DMH
 - Incluye personal actual de organizaciones, agencias y departamentos asociados, incluidos pero no limitados a:
 - Personal del orden público
 - Personal de otros departamentos del Condado como Libertad Condicional, Servicios de Salud, Departamento de Servicios para Niños Familias, Departamento de Servicios Sociales Públicos y otros
 - Personal de agencias y organizaciones comunitarias y proveedores contratistas
 - Trabajadores comunitarios -por ejemplo, Promotoras y otros
 - Incluye personas sin título y practicantes con grados avanzados
 - Incluirá una cantidad sustancial de individuos que reciben servicios, familias, incluidos cuidadores de niños pequeños, y miembros de poblaciones mal atendidas, incluidos grupos étnicos y raciales.
 - Dará prioridad a personas que sean fundamentales en las primeras etapas de la implementación del plan de Servicios y Apoyos Comunitarios.
- b. Los resultados pretendidos para este grupo como consecuencia de la propuesta incluyen:
- Mayor comprensión y compromiso con los conceptos de bienestar, recuperación y resiliencia como parte de su labor, incluyendo sus responsabilidades para implementar partes del plan de Servicios y Apoyos Comunitarios.
 - Reclutar personas de este grupo que estén dispuestas a patrocinar colocaciones experimentales y buscar empleos para individuos del primer grupo de trabajo
- c. El diseño básico de esta población
- Un consorcio de partícipes, incluidas personas que reciben servicios, familias, incluidos cuidadores de niños pequeños, grupos étnicos y raciales,

representantes DMH y representantes de organizaciones, agencias y departamentos asociados, que supervisarán:

- La selección y el reclutamiento de personas que participarán en los diversos programas y módulos de capacitación.
 - La identificación y selección de programas y módulos de capacitación para brindar capacitación.
 - Superación de objetivos de aprendizaje.
- Se contratará un grupo de asesores para:
 - Identificar los programas y módulos de capacitación disponibles;
 - Correlacionar programas prioritarios y módulos de capacitación con las necesidades proyectadas de los participantes y desarrollar objetivos de aprendizaje razonables para los distintos grupos.
 - Se identificarán diversos programas y módulos de capacitación para que una amplia gama de participantes conozca:
 - Los conceptos fundamentales de bienestar, recuperación y resiliencia;
 - Las distintas concepciones culturales de salud mental;
 - Otras destrezas y orientaciones necesarias para ayudar a la eficaz implementación del plan de Servicios y Apoyos Comunitarios.

d. Presupuesto calculado: \$5 millones de dólares

3. Grupo blanco: Personas que participan en programas de obtención de grado que tienen una necesidad urgente demostrada

a. El grupo refinó

- Personas en el segundo año de la escuela de Trabajo Social, programas de Terapia Matrimonial y Familiar, programas para Técnicos en Psiquiatría, comprometidas con trabajar en el sistema de salud mental.
- Personas en el primer año de estos programas que estén comprometidas con trabajar en el sistema de salud mental
- Personas en programas de licenciatura e letras comprometidas con trabajar en el sistema de salud mental
- Personas en programas para obtener un título en psicología que hablen con corrección uno de los 11 idiomas lumbrales (además de inglés) y estén comprometidas con proporcionar servicios de salud mental a personas de comunidades que hablan ese idioma lumbral.

b. Los resultados pretendidos para este grupo como consecuencia de la propuesta incluyen:

- Mayor comprensión y compromiso con los conceptos de bienestar, recuperación y resiliencia como parte de su labor.
- Compromiso de los estudiantes que se graduarán en el siguiente año (ideal) o en los próximos dos años, de proporcionar servicios y apoyos de gran necesidad en el sistema de salud mental del Condado de Los Ángeles.

c. El diseño básico de esta población

- Acuerdos que serán desarrollados entre el Departamento y diversas escuelas para proporcionar apoyo a estudiantes a cambio del compromiso de trabajar durante uno o más años en áreas de necesidad crítica del sistema de salud mental.
- Algunos ejemplos de dichos programas son:
 - Trabajo Social: La propuesta de capacitación social responde a la necesidad inmediata del Departamento de incrementar la cifra de trabajadores sociales bilingües y multiculturales del sistema de provisión de servicios de salud mental, a fin de satisfacer las necesidades de grupos mal representados. Los estudiantes inscritos en programas de licenciatura en Los Ángeles con colocaciones de campo en agencias operadas y contratadas directamente por DMH, recibirían estipendios. Los fondos de los estipendios para sostener a quienes reciben capacitación con fondos únicos MHSA se convertirían en fondos continuos bajo las condiciones de CALSWEC una vez que el plan sea concluido por el Estado. Presupuesto calculado: \$1.2 millones de dólares.
 - Matrimonio y Familia: La propuesta de Terapia Matrimonial y Familiar responde a la necesidad inmediata del Departamento de incrementar la cifra de trabajadores sociales bilingües y multiculturales del sistema de provisión de servicios de salud mental con énfasis en el trabajo con familias. Los estudiantes inscritos en programas de licenciatura de las universidades del área recibirían estipendios para colocaciones de campo en agencias operadas y contratadas directamente por DMH. Presupuesto calculado: \$900,000 dólares.
 - Técnico en Psiquiatría: Para satisfacer mejor la necesidad del Departamento de proveedores de salud mental bilingües y multiculturales, DMH desarrollará sociedades con los Colegios Comunitarios Mt. San Antonio y Hacienda La Puente para implementar oportunidades de capacitación para estudiantes inscritos en programas de capacitación para técnicos en psiquiatría. Presupuesto calculado: \$168,000 dólares

- Psicología: Pronto darán comienzo las negociaciones con diversos programas para explorar la manera de identificar y apoyar a los psicólogos que hablen con corrección cualquiera de los 11 idiomas lumbrales, además del inglés y que estén comprometidos con brindar servicios de salud mental a personas de las comunidades que hablen ese idioma lumbral.

d. Presupuesto calculado: \$2.5 millones de dólares

Inversiones en Expansión y Participación: Consulte el análisis en la Sección 5, página 40.

Infraestructura para Planificación y Resultados: Consulte el análisis en la Sección 5, página 4.

Infraestructura del Sistema: LA DMH solicita \$8,350,000 dólares en fondos únicos para desarrollar la infraestructura indispensable que apoye las iniciativas CSS en áreas de tecnología de información, transporte, renovaciones críticas en clínicas, compra de edificios modulares y fondos flexibles para complementar la infraestructura conforme sea necesario. A continuación se detallan los gastos proyectados:

- | | |
|---|---------------------|
| 1. Sistemas de Tecnología de Información | \$3,177,000 dólares |
| a. Sistema Integrado Conductual para Información de Salud (IBHIS, por sus siglas en inglés): A fin de concretizar la intención de MHSA, el Departamento debe seleccionar e implementar un IBHIS que satisfaga las necesidades de los proveedores contratados y operados directamente. | |
| b. Almacén de Datos: Será necesario establecer una interfase entre IBHIS y otros sistemas de información para proporcionar todos los datos y la funcionalidad que necesitan DMH y sus socios para proporcionar servicios, administrar operaciones y responder los informes requeridos. Esta información se conjuntaría en un almacén de datos que podrá ser administrado y puesto a disponibilidad en caso necesario. | |
| c. Infraestructura de Tecnología (Dos Servidores de Motor de Interfase, Almacenamiento de Red Adicional y Actualizaciones de Hardware de Cómputo Requeridas por los Proveedores): Estos componentes son críticos para las necesidades de almacenamiento de datos y hardware de cómputo, a fin de que el personal que proporciona servicios pueda encargarse de la implementación de MHSA. | |
| 2. Vehículos | \$1,279,000 dólares |

Los vehículos serán necesarios para responder a las necesidades de transporte de los clientes inscritos en programas de Sociedades de Servicio Completo en clínicas contratadas y operadas directamente. Los fondos servirán para comprar 73 vehículos y atenderán las necesidades de más de 4,000 clientes.

3. Edificios y Renovaciones \$3,500,000 dólares

Se harán renovaciones críticas en clínicas, tanto de programas contratados como operados directamente, a fin de proporcionar un mejor servicio y un ambiente de calidad a los clientes. Asimismo, se comprará la casa de nuestro Servicio Alternativo para Crisis Olive View, consistente en un edificio modular.

4. Fondos Suplementarios Flexibles \$ 294,000 dólares

Serán asignados con base en las necesidades y distribuidos entre actualizaciones adicionales en hardware de cómputo y renovaciones críticas para clínicas, según una fórmula basada en los Clientes de Sociedades de Servicio Completo.

Conclusión

Nos entusiasma la oportunidad que brinda el plan de Servicios y Apoyos Comunitarios para mejorar significativamente los resultados de las personas de nuestras comunidades que enfrentan graves problemas de salud mental. El Condado de Los Ángeles tiene un añejo compromiso con un modelo de apoyo y servicios para el bienestar y la recuperación. Durante el año pasado, desarrollamos un sólido y auténtico compromiso con la comunidad y las partes interesadas para resolver los importantes dilemas presupuestales y de políticas que encara nuestro sistema de salud mental. Este compromiso y una capacidad fortalecida proporcionarán, en nuestra opinión, un poderoso fundamento para construir una iniciativa de cambio agresiva y de gran alcance en los próximos años, partiendo con este primer plan de Servicios y Apoyos Comunitarios a tres años.

Aunque gratificante y desafiante como ha sido el proceso para producir el plan CSS del Condado de Los Ángeles, sabemos que la parte más difícil está por venir: el trabajo de hacer realidad las promesas y esperanzas implícitas en este plan. Mientras aguardamos la aprobación estatal del plan, hemos vuelto ya nuestra atención a la preparación de las etapas de diseño e implementación de esta obra. Le invitamos a participar. Averigüe cómo puede colaborar visitando nuestro sitio Web: <http://dmh.lacounty.info/stp/index.html>.

Agradecemos que se haya tomado el tiempo de involucrarse con el plan y lo más importante, su compromiso para ayudar a que las personas que luchan con graves problemas de salud mental renueven el poder de recuperación y bienestar en sus vidas.

ANEXO 1: TABLA DE DELEGADOS PARA EL PROCESO DE PRESUPUESTO Y PLANIFICACIÓN MHSA

FA 2005-06 BUDGET

Coalición de clientes	2
Grupo de clientes partícipes, incluidos programas administrados por clientes	2
Sociedades académicas	1
Administración del Programa para Alcohol y Drogas	1
Asociación de Agencias de Servicios Humanos Comunitarios (ACHSA)	2
Representante de la Comunidad Asiática e Insular del Pacífico	1
Representante de la Comunidad Africana Americana	1
Dirección Administrativa	1
Consejo de Planificación Infantil	1
Oficina de Cortes y Defensores Públicos	1
Departamento de Servicios Infantiles y Familiares	1
Departamento de Servicios Comunitarios y para la Tercera Edad	1
Departamento de Servicios de Salud	1
Departamento de Salud Mental	6
Departamento de Servicios Públicos Sociales	1
Defensor DMH para Padres	1
Hospitales	2
Defensor para desamparados con enfermedad mental	1
Representante IMD	1
Representante de las prisiones	1
Representante de la Comunidad Latina	1
Defensores de la Ley y el Orden	1
Servicios de Defensa en Salud Mental	1
Comisión de Salud Mental	1
Alianza Nacional para los Enfermos Mentales (NAMI)	2
Representantes de la Comunidad Nativa Americana	1
Oficina de Asuntos del Consumidor	1
Defensa de Adultos Mayores	1
Adulto mayor que recibe servicios	1
Departamento de Libertad Condicional	1
Comités Asesores de las Áreas de Servicio 1-8 (2 delegados por SAAC; de un total de 16, por lo menos 4 deben ser personas que reciban servicios y cuatro serán miembros de la familia)	16
Representante del Hospital del Estado	1
Defensor de Menores	1
Miembros adicionales en general: dos con relaciones en el proceso MHSA del Estado; uno para cada una de las comunidades -Africana Americana, Asiática Americana y Latina	5
Total de delegados	63

ANEXO 2:

PRESUPUESTOS PROYECTADOS PARA TRES AÑOS

[PDF graphics]